Rok XXVI. Kraków, 16 Lipca 1887. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. z. operacyja Alexandra w obec wypadnięcia macicy.

Podał
Władysław Matlakowski,
ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W kwietniu 1882 r. ogłosił William Alexander w *Medical Times and Gazette* w Liverpolu zajmujące spostrzeżenia, dotyczące wpływu skrócenia więzów okrągłych na wypadniętą macicę; zachęcony osiągniętemi rezultatami, zastosował podany sposób na znacznéj liczbie chorych tak z wypadnięciem jak i z tyłopochyleniem i w r. 1884 ogłosił pracę (*The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments, by William Alexander. London. I. aud A. Churchill.* 1884), obejmującą już 22 przypadki operacyjne. W dwa miesiące po pierwszéj publikacyi Alexandra ukazał się również w *Medical Times and Gazette* artykuł Adamsa z Glasgowa, w którym donosi, że już oddawna pokazywał obecnym na zwłokach wpływ skrócenia więzów okrągłych na położenie macicy, a nawet w 1882 r. próbował u choréj z wypadnięciem macicy zastosować swój sposób, wszelako bez skutku z powodu mocnych zrostów utwierdzających ten narząd w zagłębieniu Douglasa. Popierana przez swoich wynalazców nowa operacyja znalazła licznych wykonawców w Anglii i Ameryce, gdzie upowszechniła się pod mieniem operacyi Alexandra lub Alexandra-Adamsa, stosownie do zapatrywania się danego autora na udział tych chirurgów w wynalezieniu nowéj metody operacyjnéj. Artykuły Macfie-Campbella (pierwsza praca w *Liverpool med. and chir. Journal*, 1883, w streszczeniu u Manriquea, druga w *British med. Jour.* 1885), Lediarda (*Alexander and Adams operation on the round ligaments. British med. Journal* 1884 z d. 25 lutego, str. 354), Reida (*On the operation Alexander-Adams of shortening the round ligaments for uterine displacements with three cases. Ibidem* 1884 z d. 15 listopada), Eldera (*A case of Alexander operation of shortening the round ligaments in a case of aggraveted prolapse and retroflexion. Ibidem* 1884 z listopada), Burtona (przemówienie podczas rozpraw, tamże), Gardenera (streszczenie w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1884, oryginały w niedostępnym mi *Glasgow med. Journal*), Allana (*British med. Journal* z 24 maja, str. 1001), Millera (streszczenie w *Jahresbevicht* Virchowa za r. 1884 oryginały w niedostępnym mi *Glasgow med. Journal*), Imlacha (*Centralblatt f. Gynaek.* 1886, str. 270), Sinclaira (*Ibidem* str. 366), Halliday-Crooma (*Ibidem* str. 366), Skene-Keitha (*Ibidem* str. 366), Mundego (*Ibidem* str. 286, oraz przemówienie w *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaek.*), Polka, (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1885), Parisha (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1885), Nancredego (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za r. 1885), Rivingtona (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa (za r. 1885), Hermanna (krótka wzmianka z amerykańskich źródeł w *Jahresbericht* Virchowa za rok 1885 str. 650), wreszcie polemiczne artykuliki Alexandra (*British med. Journal* 1885, lipiec, sierpień, wrzesień i październik, str. 18, 122, 416, 465, 671 i 672) i Adamsa (*Brit. med. Journal* 1885, lipiec, sierpień, wrzesień i październik str. 18, 122, 416, 465, 671 i 672) z jednéj a Duncana (*Brit. med. Journal* 1885, lipiec, sierpień, wrzesień i październik, str. 18, 122, 416, 465, 671 i 672) z drugiéj strony wyjaśniły wiele punktów, dotyczących techniki, oraz zastosowania nowéj metody. Poza obrębem krajów, w których panuje język angielski (Anglija, Ameryka i Australija), nowa operacyja nie zdołała pozyskać sobie uznania. We Francyi przypomniano sobie wprawdzie propozycyję Alquiégo spoczywającą dotąd w zapomnieniu, samą operacyję dwa razy wykonał Duplay (wzmianka w pracy Manriquea p. niżéj), lecz przeważnie stała się ona przedmiotem rozbioru i krytyki w obszerniejszych studyjach Dolérisa (*Centralblatt f. Gyn.* 1886, Nr. 33),

oraz w przemówieniach mianych w Towarzystwie położniczo-ginekologicznėm; jeden tylko Manrique (*Étude sur l'opération d'Alexander, Paris* 1886 *èd. Steinheil*), opierając się na zebranym przez siebie materyjale ocenia ją bardzo przychylnie, lecz bez głębszego wniknięcia w przedmiot. W Niemczech ginekologowie odrazu przyjęli ją niechętnie, jak o tém świadczą głosy zabierane na Zjazdach niemieckich ginekologów w Berlinie (*Centralblatt f. Gyn.* 1886 Nr. 42) w 1886 r. i w Monachijum tegoż roku (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1er Kongress* 1886, Lipsk, Breitkopf et Härtel, str. 257—263); Zeiss wykonał ją trzy razy (*Ibidem*), Küstner dwa razy (*Ibidem*).

Wreszcie w Rosyi uskutecznil ją Sławiansky (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1er Kongress* 1886, Lipsk, Breitkopf et Härtel, str. 257—263) 9 razy, raz Lebiediew (*Zurnał akuszorstwa i żenskich bolezniej* 1887, Nr. 1, str. 67) i raz Riasiencew (*Zurnał akuszorstwa i żenskich bolezniej* 1887 Nr. 1, str. 67), który przedstawiał swoją chorą po operacyi w Towarzystwie położniczo - ginekologicznėm w Petersburgu, lecz jak wskazują rozprawy, Lebiediew i Sławiansky trzymają się poglądów wyrażonych przez niemieckich ginekologów.

Dla uzupełnienia tego rzutu oka dodać winienem, że myśl leczenia zboczeń macicy za pomocą skrócenia więzów okrągłych zajmowała już i dawniej przed Alexandrem i Adamsem kilku lekarzy. Pierwszy Alquiè podał ją w 1840 r. i przedstawił Akademii lekarskiėj w Paryżu, po nim Aran w 1850 miał znowu sposób ten na widoku, prace atoli obu tych autorów nie zostały w czyn wprowadzone ani przez nich samych, ani przez innych i uległy zupełnemu zapomnieniu tak dalece, że przypomniano je sobie dopiero wtedy, gdy operacyja przeszła do Francyi z za kanału. Również dopiero teraz przypomniał Deneffe z Gand, że niejednokrotnie sposobu tego próbował na zwłokach, a nawet w 1864 r. za pozwoleniem prof. Burggraevego otworzył przewód pachwinowy u chorėj, dotkniętėj wypadnięciem macicy, lecz więzów znaleźć nie zdołał i musiał operacyi zaniechać. Wreszcie o pierwszeństwo pomysłu upominał się i Walter Ravington z Londynu, ponieważ na trupie kobiety, dotkniętėj wypadnięciem, spostrzegł przy pociąganiu za więzy okrągłe wyraźne podnoszenie się macicy. Szczegóły i całe ustępy z prac wymienionych tylko co autorów znajdzie czytelnik w przytoczonėj pracy Manriquea (p. 25). Niemcy również wymieniają Freunda, który badał metodę, o której mowa, na zwłokach i demonstrował ją w Towarzystwie śląskiém (H e g a r i K a l t e n b a c h. *Die operative Gynaekologie*, 1886, 3cie wydanie). Wszystkie te usiłowania nie wyszły jednak z okresu prób, tak że pierwszeństwo całkowicie i słusznie należy się obu chirurgom angielskim, którzy nawet wcale nie wiedzieli o tych usiłowaniach odosobnionych i zapomnianych.

Widząc operacyję tę wykonywaną przez Reevesa w szpitalu na Soho-Square w 1885 r. w obecności Alexandra, postanowiłem ją wypróbować w swoim oddziale, co też uskuteczniłem tegoż roku po powrocie z Londynu. Od tėj pory miałem sposobność uskutecznić ją jeszcze u 3ch chorych, dotkniętych ciężkiém wypadnięciem macicy, a wyniki własnego doświadczenia ośmielam się przedstawić w niniejszėj pracy.

O p i s o p e r a c y i. Chorą przygotować należy tak jak do laparotomii, a więc: po przebytėj już przed kilku dniami miesiączce powinna za pomocą kąpieli ogólnych, przestrzykiwania pochwy, okładów z roztworu fenolu na ogoloną okolicę łonową i podbrzuszną, być zupełnie oczyszczoną; po należytém opróżnieniu jelit za pomocą środków czyszczących i wlewań ciepłėj wody do odbytnicy w przeddzień operacyi, wypuszcza się mocz, umieszcza się chorą na zwyczajnym stole operacyjnym, poczém odraża się pole operacyjne za pomocą szczotki i wody z mydłem, oraz roztworu sublimatu.

Po zachloroformowaniu chorėj wyczuwa się otwór przewodu pachwinowego lub kolec łonowy, co jest u osób chudych lub z miernym pokładem tłuszczowym rzeczą łatwą; u kobiet otyłych, gdzie części tych wymacać nie można, oznacza się w myśli przebieg więzu Pouparta, poczém w okolicy $^{1}/_{4}$ wewnętrznėj tego więzu, a zatém w części już w granicach wzgórka łonowego prowadzi się cięcie w częściach miękkich tak głęboko, aż zobaczy się wyraźnie rozścięgno mięśnia skośnego wielkiego. Cięcie na zewnątrz prowadzi się równolegle do więzu Pouparta tak daleko, żeby nie przeciąć żyły i tętnicy podskórnėj; u kobiet otyłych musi ono być dłuższe, tak że wypadnie te naczynia przeciąć po uprzedniém ich podwiązaniu; zresztą jestto jedyne naczynie, jakie wypadało mi podwiązać. Inne krwawiące punkty w ranie chwyta się starannie w kleszczyki Koeberlégo. W ogóle starać się należy przy tėj operacyi jak najmniėj dotykać wacikami lub gąbeczkami powierzchni rany, aby wcale nie zaróżawiać krwią tkanek tak, iżby te przedstawiały się świeżo i wyraziście i różnice barwy i blasku pozwalały się łatwo rozpoznawać, okoliczność niezmiernie ważna przy odszukiwaniu więzów. Skoro już przecięto powięź i widać rozcięgno m. skośnego dużego, palcem wyczuwamy otwór zewnętrzny przewodu pachwinowego, którego granicę dolną stanowi zawsze wybornie wyczuwalny więz Pouparta. Otwór ten bywa bardzo rozmaitėj wielkości, czasem tak obszerny, że palec wchodzi weń z łatwością, w innych przypadkach zaledwie wsunąć można koniec palca. Jeżeli cięcie prowadzono czysto, tkanki krwią niezamazane od pocierania wacikami, a brzegi rany stale trzymane w oddaleniu od siebie, w takim razie wybornie widać oba słupy przewodu pachwinowego, oraz nitki błyszczące perłowego koloru (*fibrae arcuatae s. intercolumnares*), z pod których wychodzi wiąz okrągły, który kończy się tu na poduszeczce tłuszczowėj wypełniającėj przewód, oraz okolicę na wewnątrz od niego; w tłuszczu tėj poduszeczki i na jėj powierzchni gubią się włókna więzu okrągłego. Jeżeli otwór przewodu jest większy, to pod włóknami łukowatemi widać i sam wiąz jako twór okrągły różowo mięsny; w każdym razie widać dokładnie poniżėj i powierzchowniėj od więzu wychodzący z pod owych włókien razem z więzem nerw rodny (*ramus genitalis nervi genitocruralis Gray. Anatomie descriptive and surgical, — n. spermaticus externus.* Henle). Nerw ten może służyć za dobrego przewodnika przy odszukaniu więzu, a poznać go łatwo po białawėj barwie i towarzyszącėj mu żyłce, która charakterystycznie od niego odbija. Teraz następuje odosobnienie końca więzu — akt operacyi najtrudniejszy. W tym celu szczypczykami anatomicznemi zamkniętemi odłuszcza się tkankę, wypełniającą otwór przewodu pachwinowego od ramion tegoż kanału, poczém, jeżeli widać wiąz, chwyta się go, jeżeli go nie widać wyraźnie, to wszystkie tkanki wysuwające się z pod *fibrae intercolumnares* ujmuje się w kleszczyki Koeberlégo, omijając nerw rodny, który odsunięty pozostaje ku dołowi. Ponieważ im dalėj od punktu wyłonienia się więzu z pod *fibrae arcuatae*, tém pierwiastki stanowiące wiąz okrągły są bardziėj rozszczepione wachlarzowato i porozdzielane tłuszczem, przeto najpewniėj ujmować wiąz jak najbliżėj punktu wyłonienia się. W jednym przypadku, gdzie otwór

zewnętrzny przewodu pachwinowego był bardzo ciasny, nadciąłem *fibrae arcuatae*, aby bardziéj dośrodkowo schwycić wiąz tam, gdzie on jeszcze jest mocniejszy, w kształcie okrągłego wałeczka. Czasem, jak to widziałem w jednym przypadku, z pod włókien łukowatych po więzie okrągłym schodzi kilka pęczuszków m. skośnego mniejszego, które również można ująć, a wtedy napotyka się znaczny opór przy następnym akcie operacyi przy wyciąganiu więzów okrągłych.

Skoro już mamy napewno odosobniony wiąz, ustawia pomocnik macicę wypadłą, opuszczoną lub pochyloną w tył w położeniu prawidłowém, poczém ująwszy w palce wiąz, pociągamy zań dość mocno. Zazwyczaj z początku wyciąganie więzu idzie oporem, skoro jednak uda się pierwszy kawałek wyciągnąć, następne części wysuwają się łatwiéj. Radzę koniecznie wyciągać wiąz palcami, gdyż kleszczykami Koeberlégo lub szczypczykami anatomicznemi zanadto się zgniata, a wtedy łatwo się może oderwać i sprawić trudność w dokończeniu operacyi. Przy wyswobadzaniu w ten sposób więzu części miękkie otaczające go wyciągają się z nim również do pewnego stopnia, tak jak palce od rękawiczki przy pośpiesznêm jéj zdejmowaniu. Ponieważ wciąga się w ten stożek tkanki około więzu i sama otrzewna, jak o tém można się przekonać na trupie, przeto należy ostrożnie oddzielać paznogciem tkankę otaczającą wiąz a wyciągającą się z nim w kształcie stożka od więzu, lub kleszczykami anatomicznemi, zwłaszcza od dołu, gdzie zawsze tworzy ona rodzaj wędzidełka dość mocnego. (C. d. n.).

II. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Zachowując u zwierzęcia także rdzeń przedłużony i usuwając tylko wyższe części mózgu, oprócz odruchów możemy spostrzegać jeszcze pewne ruchy samoistne, np. oddychanie. Ruchy te przez podrażnienie pewnych nerwów możemy przyspieszać lub zwalniać, zwiększać lub zmniejszać, a nawet zatrzymać je zupełnie na pewien czas; oczywiście, że i tu stan czynny pewnych nerwów podnosi pobudliwość, a w skutek tego i czynność ośrodków, od których te ruchy zależą, stan czynny innych obniża ją, to jest działa na ośrodki tamująco. W rdzeniu przedłużonym, jak wiadomo, istnieje także pewna grupa ośrodków, których stan czynny tamuje podobne samoistne ruchy serca. Jeżeli wyjmiemy rdzeń razem z przedłużonym ze stosu kręgowego, zachowując przynajmniéj dwa nerwy, wychodzące z rdzenia (np. nerwy kulszowe) i w sposób odpowiedni przyłożymy bieguny bardzo czułego multyplikatora, możemy wykazać, że w rdzeniu przedłużonym powstaje okresowo prąd elektryczny, który wywołuje pewne odchylenie igły magnesowéj multyplikatora. Prąd ten ztąd pochodzi, że pewne ośrodki rdzenia przedłużonego okresowo popadają w stan czynny i że przytém napięcie elektryczne staje się w nich niższém aniżeli w ośrodkach, pozostających w spokoju. Jeżeli, obserwując te okresowe wahania igły magnesowéj podrażnimy nerwy, zostające w związku z rdzeniem, to wahania igły ustają lub stają się coraz rzadszemi i słabszemi. Zjawisko to możemy wytłumaczyć tylko w ten sposób, że rzeczywiście stan czynny zostaje zatamowany w samych ośrodkach nerwowych (Seczenow [54]). Idąc daléj drogą doświadczalną możemy u zwierzęcia usunąć tylko półkule mózgowe lub korę mózgową. Zwierzę w ten sposób operowane zachowuje prawidłową postawę, posiada zdolność utrzymywania równowagi ciała, ale pozostaje w zupełnym spokoju, dopóki na nie nie podziała jakakolwiek podnieta, w ostatnim przypadku zmienia miejsce: żaba naprzykład skacze, gołąb może latać, kaczka pływać itd.; ruchy te są zupełnie prawidłowe lecz nie zależą od woli zwierzęcia, są czysto mechaniczne; zwierzę nie może ich zatrzymać i porusza się dopóty, dopóki nie napotka pewnéj przeszkody, w obec któréj znowu się uspokaja. Sąto więc także odruchy, tylko bardziéj złożone, aniżeli w rdzeniu. Jeżeli u tak operowanéj żaby podrażnimy skórę na grzbiecie lub z boku przez dotknięcie palcem, to żaba skrzeczy, przytém odpowiada odruchowo na każde dotknięcie, czego nigdy nie można otrzymać, jeżeli mózg jest nieuszkodzony; lecz jeżeli jednocześnie z podrażnieniem skóry na grzbiecie uciśniemy jednę łapkę, to podrażnienie skóry zostaje bez skutku, żaba głosu nie wydaje. Ucisk więc łapki, wywołując stan czynny w pewnych ośrodkach rdzenia, oddziałał jednocześnie tamująco na mechanizm głosowy. Weźmy teraz zwierzę w stanie zupełnie prawidłowym np. szczenię i odsłońmy mu półkule mózgowe; wiadomo, że podrażnienie pewnych okolic przednich powierzchni półkul wywołuje ruchy przedniéj lub tylnéj odnogi po stronie przeciwległéj. Jeżeli oznaczywszy siłę podniety, która wywołuje pewien słaby ruch odnogi, podsuniemy kawał mięsa do nosa zwierzęcia, będziemy je wabić lub głaskać i jednocześnie powtórnie podrażnimy oznaczone miejsce kory mózgowéj, to ta sama podnieta już nie wywołuje żadnego ruchu. Zwrócenie więc uwagi zwierzęcia na pewien przedmiot i sprowadzony przez to stan czynny innych ośrodków kory mózgowéj obniżyło pobudliwość ośrodków psychomotorycznych.

Heidenhain i Bubnow [55]), badając ośrodki psychomotoryczne, zauważyli że w pewnym okresie zatrucia morfinem podrażnienie motorycznych ośrodków kory mózgowéj wywołuje tężec odpowiednéj odnogi, który trwa i po usunięciu podrażnienia; jeżeli podczas trwania takiego skurczu podrażniono jeden z narządów zmysłowych np. oko, skórę itd., to tężec nagle ustępował.

Z przytoczonych faktów widzimy, że w całym układzie nerwowym istnieje zupełna jednostajność, że wpływy, wywołujące stany czynne tych lub owych ośrodków, podnoszące ich pobudliwość, jednocześnie obniżają pobudliwość innych ośrodków, zawieszają ich czynność i służą jako impulsy tamujące.

Każdemu z własnego doświadczenia wiadomo, że znaczną część odruchów możemy powstrzymać wpływem woli. Jeżeli np. ukluwa się niespodzianie kogo w palec, to ruch, w skutek którego rękę się usuwa z pod działania podniety, można wcześniéj wykonać niż wrażenie bólu dojdzie do świadomości; jeżeli jednak osoba, na któréj doświadczenie przedsiębierzemy, jest uprzedzoną o tém, to wpływem woli może zatrzymać rękę w miejscu, nawet jéj nie poruszyć. W tym przypadku wola jest czynnikiem tamującym mechaniczną czynność ośrodków odruchowych rdzenia.

Wszystkie doświadczenia fizyjologiczne na zwierzętach z jednéj strony i spostrzeżenia kliniczne na ludziach z drugiéj świadczą nam zgodnie o tém, że układ nerwowy w stanie prawidłowego rozwoju przedstawia prawie nieskończony szereg rozmaitych mechanizmów, złożonych z osrodków nerwowych i narządów obwodowych. Czynność każdego takiego mechanizmu odbywa się do pewnego stopnia autonomicznie,

niezależnie od innych, a nawet po zupełnem zniszczeniu innych (regulacyja ruchów serca, oddychanie, odruchy, połykanie, czynność gruczołów itp.); stan czynny tych mechanizmów można wywołać tak przez podniety zewnętrzne, jak również przez pewne impulsy wewnętrzne, pochodzące od innych mechanizmów. Pomimo autonomii, jaką każdy mechanizm do pewnego stopnia posiada, pozostają wszystkie w pewnym związku z sobą i mogą wzajemnie oddziaływać na siebie: czynność jednego może wywołać lub zatamować czynność innych. Stanom czynnym, choćby najbardziéj skomplikowanych mechanizmów, których ośrodki nie sięgają do kory wielkich półkul mózgowych, o ile na podstawie spostrzeżeń na zwierzętach sądzić można, wcale nie towarzyszy świadomość, jak to już wyżéj zaznaczyliśmy i tylko czynności kory mózgowéj posiadają tę dla nich charakterystyczną cechę.

Podział ośrodków na grupy, przeznaczone jak gdyby tylko do specyjalnych czynności, dotyczy także kory mózgowéj. I tu znajdujemy podobnie wyróżnione ośrodki np. psychomotoryczne, ośrodki mowy, ośrodki wzrokowe itp. W skutek tych stosunków w układzie nerwowym stany czynne wywołane w jakikolwiekbądź sposób w narządach zmysłowych lub w ogóle w nerwach czuciowych mogą zataczać, przenosząc się po nerwach, łuki rozmaitéj wysokości i tylko przy pewnych warunkach dochodzić do kory mózgowéj i tu się dostawać do świadomości, lecz przeważna część tych stanów pozostaje poza obrębem świadomości. Każdy taki stan czynny ośrodków téj lub innéj grupy, czyli t. zw. wrażenie, pozostawia po sobie pewne ślady w układzie nerwowym i im w wyższych grupach jest wrażenie wywołane, tém ślady są wybitniejsze i trwalsze: chociaż w każdym razie z czasem zupełnie się zacierają. Wrażenia więc dochodzące do świadomości są najbardziéj trwałe. Jedna i taż sama podnieta, działająca na ten sam narząd przy jednostajnych warunkach, wywołuje zawsze stan czynny tych samych narządów ośrodkowych i im częściéj się powtarza, tém łatwiéj się otrzymuje i tém trwalsze pozostawia za sobą zmiany. Pewne cechy zjawiska każdego, służące jako podniety dla rozmaitych narządów układu nerwowego, wywierają wrażenia, które zostają ze sobą w pewnym stosunku, ztąd powstają najpierwsze pierwiastki psychiczne, nad któremi operuje nasza myśl: wyobrażenia i uczucia. Jeśli takie wrażenia powtarzają się często, to nawet jedno z nich może wywołać inne, t. j. same wyobrażenia lub uczucie. Jakkolwiek nie jesteśmy w stanie do dziś dnia oznaczyć, gdzie właściwie ma miejsce skojarzenie się odpowiednich wrażeń dla wywolania wyobrażeń i uczuć, to jednak zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż przy dostawaniu się tych stanów do świadomości przyjmuje udział kora mózgowa. Lecz objawy zewnętrzne w postaci ruchów mogą towarzyszyć tak wyobrażeniom, uczuciom jak i innym stanom i bez udziału świadomości, jak to można widzieć z przytoczonych wyżéj przykładów. Ponieważ obserwując innych o stanach psychicznych możemy sądzić tylko na podstawie objawów zewnętrznych, a z drugiej strony na podstawie osobistego doświadczenia wiemy, że pewne objawy towarzyszą pewnym stanom psychicznym, których jednak osoba obserwowana może być nieświadomą, sądzimy więc, że te stany powstały lecz nie doszły do świadomości i w tym sensie możemy mówić o nieświadomém wyobrażeniu, uczuciu, afekcie itp.

Nie wchodząc w dalszy szczegółowy rozbiór czynności psychicznych jako przekraczający zakres naszego zadania, musimy się jednak zatrzymać jeszcze nad temi z nich, które mają doniosłe znaczenie dla wyjaśnienia hypnotyzmu.

Jakkolwiek nie możemy wytłumaczyć sobie, w jaki sposób ze spraw niewątpliwie materyjalnych w komórkach nerwowych powstaje świadomość, to jednak mamy dowody, że ona nie jest stanem ciągłym, nieprzerwalnym, że przeciwnie, stany psychiczne świadome kolejno po sobie dochodzą do świadomości, że między niemi istnieją mniejsze lub większe luki i że ta sprawa dostawania się do świadomości może ulegać rozmaitym zmianom, może być nawet zupełnie zawieszoną, np. we śnie lub pod wpływem środków odurzających. Każdemu wiadomo, że skupienie uwagi na pewne wrażenie, pewną czynność lub myśl, przeszkadza dostaniu się do świadomości innych wrażeń, tak że w polu świadomości na raz może być tylko jedno wrażenie lub inny stan psychiczny, np. wyobrażenie, a więc tylko jeden lub pewna mała grupa ośrodków nerwowych kory mózgowéj może zostawać w stanie czynnym. Oczywiście, że jeśli w tym samym czasie otrzymujemy masę innych wrażeń i te nie wywołują odpowiednich stanów w korze mózgowéj, to musimy przypuścić, że inne ośrodki są zatamowane. Skupienie więc uwagi na jedno wrażenie, ztąd stan czynny jednych ośrodków tamuje inne ośrodki świadomych czynności i nie wpływa, a w każdym razie oddziaływa w daleko mniejszym stopniu na czynność niższych warstw mózgu. Otrzymane w tym czasie w niższych ośrodkach wrażenia nieświadome mogą przy odpowiednich warunkach także podnieść się do świadomości. Podczas pracy, która wymaga wielkiego skupienia uwagi, możemy na razie nie słyszeć zapytania lub rozmowy innéj osoby, jeśli jednak wkrótce odwrócimy uwagę od zajmującego nas przedmiotu, to nietylko możemy sobie przypomnieć treść zapytania, ale i inne szczegóły, których przed chwilą nie byliśmy świadomi. Skupienie uwagi wpływa jednak niewątpliwie i na czynności odruchowe a nawet i samoistne np. mruganie powiekami, oddychanie. Osborn [49]) podaje, że pewna osoba, która w 5 minut mrugała 62 razy, zajęta pewną myślą, wykonała tylko 17 mrugnięć. Przytoczone wyżéj zmiany w tętnie podczas pewnych stanów psychicznych można uważać także za skutek wpływu tych stanów na ośrodki nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym. W każdym jednak razie zmiany te są bardzo nieznaczne i dziś możemy z pewnością twierdzić, że sprawa dochodzenia do świadomości jednych wrażeń nie przeszkadza bynajmniéj otrzymywaniu wrażeń nieświadomych a nawet nieświadomemu na nie oddziaływaniu. Sfera tych nieświadomych, automatycznych czynności naszych jest prawdopodobnie nawet znacznie większą od sfery świadoméj; nietylko proste i złożone odruchy, utrzymanie równowagi ciała, mimika, gesty itp. są takiemi czynnościami, lecz także pewne czynności bardziéj skomplikowane a nawet psychiczne, jak to widzimy n. p. we śnie. Tak Chambar [56]) opisuje następujący fakt: Doktor Veron zaprosił pewnego wieczora do siebie kilka baletniczek z ich matkami. Po obfitych libacyjach podczas kolacyi szanowne matrony zapadły w sen głęboki. Widząc to Dr. V. krzyknął silnym głosem: *Cordon, s'il vous plait*; na ten rozkaz śpiące matrony powstały i zupełnie machinalnie zaczęły wykonywać zgodnie tradycyjne giesta, wykazując tém swą dawną profesyję, o czém nawet ich córki dotąd nie wiedziały.

Oczywiście więc, że jeśli pewne czynności wielokrotnie się wykonywa, to układ nerwowy posiada wszystkie niezbędne do wykonywania ich czynniki i najmniejszy wewnętrzny

lub zewnętrzny bodziec wystarcza, aby odpowiedni mechanizm wprawić w ruch, przytém najłatwiéj, jeżeli sprawa uświadomienia się w tym czasie jest przytłumiona lub zawieszona. W ten jednak sposób można wykonywać tylko te czynności, które organizm już przedtém wykonywał, we wszystkich zaś innych przypadkach świadome ruchy zostają zawsze pod kontrolą wrażeń zmysłowych. Kontrola ta w skutek doświadczenia i wprawy odbywa się nawet do pewnego stopnia nieświadomie.

Bez odpowiednich wrażeń zmysłowych, nawet w stanie prawidłowym, przy zupełnéj świadomości pomimo woli, nie jesteśmy w stanie wykonywać pewnych ruchów dokładnie, tak np. jeśli w absolutnéj ciemności staramy się dotknąć ostatniéj iskierki dogasającéj zapałki, to zwykle nie możemy trafić. Jeszcze wybitniéj występuje to znaczenie wrażeń zmysłowych w stanach chorobowych, tak np. we wiądzie rdzenia *(tabes dorsalis)*. Strümpell [57]) przytacza jeden przypadek, w którym pewna osoba, cierpiąca na zupełne znieczulenie skóry, przy otwartych oczach wykonywała ręką wszystkie ruchy bardzo dokładnie; jeżeli jednak proszono jéj, aby wykonała pewne ruchy przy zamkniętych oczach, to przez cały czas stała zupełnie spokojnie (nie wykonywając najmniejszych ruchów) twierdząc, że ruchy, które jéj poruczono wykonać, wykonywa; oczywiście, że w tym razie powstawały tylko wyobrażenia ruchów podobnie jak we śnie, lecz ruchy same nie zostały wykonane dla braku kontrolujących wrażeń w danym przypadku wzrokowych. Że układ nerwowy nietylko posługuje się nowemi wrażeniami, lecz za pomocą ich przystosowuje się do nowych warunków, można widzieć z następującego doświadczenia Helmholtza [58]). Jeżeli weźmiemy dwa pryzmaty z kątem załamującym od 16—18 stopni i umieścimy oba przed oczami tak, aby przedmioty zewnętrzne były odchylone w jednę stronę, np. w lewą i będziemy patrzyli na pewien przedmiot, potém zamkniemy oczy i będziemy się starali dotknąć go ręką, to ręka zwykle szuka go w lewo od miejsca, na którém się znajduje, lecz powtarzając odszukiwanie przedmiotu przez pewien czas, stosunkowo prędko uczymy się trafiać do niego. W tym więc krótkim czasie musiała nastąpić zmiana w stosunku, jaki istniał pomiędzy wrażeniami wzrokowemi a odpowiednim ruchem ręki. Układ nerwowy przystosował się do nowych warunków drogą doświadczenia. Jeśli teraz zdejmiemy okulary lub usuniemy pryzmaty, spojrzymy na nasz przedmiot, zamkniemy oczy i będziemy się starali ponownie dotknąć go palcem, to znowu nie odnajdujemy go, ponieważ szukamy więcéj w prawo. Otrzymane wrażenie nie odpowiada nabytemu przed chwilą doświadczeniu i musimy go na nowo zmodyfikować za pomocą nowych wrażeń. (C. d. n.)

III. O aklimatyzacyi w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu malajskim.

Podał
Dr. Maksymilijan Gumplowicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Co się powyżéj powiedziało o pracy fizycznéj nie tyczy się jednak bynajmniéj ciężkiéj pracy, do jakiéj n. p. robotnicy w Europie przywykli, a tém mniéj takiéj pracy, jakiéj wymaga uprawa roli. Ostrożność w téj mierze jest dla Europejczyka zawsze wskazaną, zwłaszcza co do pracy pod palącemi promieniami słońca równikowego, jeśli się nie chce narazić na groźne nieraz przekrwienie mózgu lub szybko następujące wycieńczenie sił. W marynarce i w wojsku holenderskiém istnieją pod tym względem ścisłe, wiekowém doświadczeniem uświęcone przepisy, nad których przestrzeganiem z obowiązku czuwają lekarze. Tak n. p. na okrętach wojennych w Indyjach przez dzień rozciągniętym bywa namiot, tak że ludzie zwykle roboty dzienne około okrętu zawsze w cieniu odbywają. W południe od 11téj do 2giéj godziny wszelka robota ustaje. Przy pracy poza okrętem zmieniają ludzi przynajmniéj co 2 godziny. Podobne przepisy istnieją w wojsku. Gdzie i kiedy przepisów tych zaniedbano, jak tego nieraz przy ekspedycyjach wojskowych w głąb kraju uniknąć nie można było, wynikały ztąd smutne następstwa, zapisane w kronikach licznych wypraw wojennych, jakich od dawien dawna kolonije holenderskie bywały widownią. Jeszcze mniéj zdatnym jest Europejczyk do pracy w polu w tamtych stronach, o ile że samo przekopywanie wilgotnego gruntu naraża na ciężkie postacie zimnicy, a projekty kolonij rolniczych europejskich pod klimatem gorącym prawdopodobnie nigdy się nie ziszczą, gdyby nawet stosunki ekonomiczne na to kiedy zezwoliły.

Wspomnieć wreszcie muszę o, że się tak wyrażę, aklimatyzacyi umysłowéj. Osoby przyzwyczajone brać nieco żywszy udział w ruchu umysłowym europejskim ciężko uczuwają zastój lub zupełny brak tego ruchu w Indyjach. Jeśli już w wielkich miastach o życiu naukowém, literackiém lub artystycznem zaledwie mowa być może, to w małych, odosobnionych, odległych, nieraz najskromniejszym nawet wymaganiom życia towarzyskiego zadość uczynić nie podobna. Z samego początku książki, dzienniki i listy zastąpić po części mogą ten brak pobudek umysłowych; z czasem jednak głosy te europejskie wydają się jakby odległe coraz słabniejące echo, na które się coraz mniéj uwagi zwraca. Powstaje ztąd u niektórych osób nostalgija, zmuszająca do powrotu do Europy. Daleko częściéj okazuje się, zwłaszcza po dłuższym czasie pobytu, rodzaj stępienia umysłowego, brak inicyjatywy i obojętność na wszystko, które w wyższym stopniu czynią nieraz wrażenie głębszego zaburzenia psychicznego. Bywają jednak i ludzie tak szczęśliwie usposobieni, że „drzwi od Europy zamknąwszy hałasu,“ całą potęgę swego umysłu zwracają ku sprawom indyjskim w ogóle, a przedewszystkiém ku sprawom swego zawodu. Tacy ludzie stają się pożytecznymi obywatelami i dobroczyńcami krajów kolonijalnych, dla nich Indyje są rajem na ziemi, za którym tęsknią, jeśli ich kiedy los znowu do Europy sprowadził i do którego, jeśli mogą, wracają. Właściwie o takich tylko ludziach powiedzieć można, że się zupełnie zaaklimatyzowali.

Choroby aklimatyzacyję utrudniające. Choroby, które aklimatyzacyję Europejczyków w archipelagu malajskim najczęściéj utrudniają, są: nieżyty przewodu pokarmowego i różne formy zimnicy, wreszcie cholera, o ile znaczną śmiertelność dzieci sprawia. Inne choroby endemiczne są albo nierównie rzadsze, jak np. dysenteryja i ropnie wątroby, lub zdarzają się wyjątkowo tylko u Europejczyków jak *Beri-Beri*.

Nieżyty przewodu pokarmowego. Za przybyciem do krajów gorących Europejczyk bądź dobrowolnie, bądź okolicznościami zmuszony znacznie zmienia tryb i sposób żywienia się. Wielu wiktuałów w Europie codziennie używanych, jak masła, séra, różnych gatunków mięsa, owoców europejskich, w Indyjach albo wcale nie dostanie, albo tylko w formie skonserwowanéj, która i smak potrawom odbiera i mniéj strawnemi je czyni. Dołącza się do tego trudność

przechowywania niektórych potraw, zwłaszcza mięsa i ryb w dobrym stanie nawet przez kilka lub kilkanaście godzin w obec ciepłoty zwykłéj między 26—28° C i znacznéj wilgoci powietrza. Ztąd nieraz nawet przy największéj przezorności dostają się na stół potrawy już lekko nadpsute. Podczas gdy Anglicy w swych kolonijach mimo tych trudności obstają przy swoim stole, przy ulubionych bifsztykach, rostbifach i mocnych napojach, Holendrzy w swoich kolonijach co do pokarmu przyjmują częściowo zwyczaje krajowców. Powstaje ztąd zupełnie odrębny nigdzieindziéj nieznany stół europejsko-indyjski. Składa się on głównie z tak zwanego „stołu ryżowego" (*rysttafel*) w południe, t. j. z gotowanego ryżu z dodatkiem polewki, pieczonych kurcząt, ryb, jarzyn i t. d., wszystko to zaprawione wielką ilością nadzwyczaj ostrego pieprznika indyjskiego (*capsicum annuum* i inne gatunki) i z „obiadu europejskiego" pod wieczór spożywanego, t. j. z rosołu, potraw mięsnych i jarzyn bądź krajowych, bądź konserwowanych europejskich. Rozliczne gatunki przepysznych owoców indyjskich, których przez cały rok zawsze jest poddostatkiem, daléj kawa i herbata, wina czerwone francuskie, a co gorsza wódka nieraz, nad miarę używane, uzupełniają ten szczególny sposób odżywienia, wcale nie na słabe żołądki obliczony. Rzecz jasna, że taki pokarm nieraz sprowadza nieżyty żołądka. Wprawdzie sam klimat zdaje się wymagać nieco więcéj przypraw drażniących do pokarmu, bez których rzeczywiście trudno się tam obejść. Nadużywanie jednak pieprznika i podobnych przysmaków samo przez się lub też w połączeniu z niezbyt miernem użyciem wódki wywołuje często nieżyty żołądkowe, których głównym objawem bywają ranne wymioty z oddawaniem większéj ilości śluzu kwaśno oddziaływającego, niekiedy żółcią zabarwionego mocno. Co do funkcyi kiszek szczególny rodzaj lekkiego zaburzenia nadzwyczaj jest rozpowszechnionym pomiędzy Europejczykami. Polega mianowicie na tém, że po rannym zupełnie normalnym stolcu w jakie dwie godziny następuje drugi, wolny, połączony z burczeniem i wywiązywaniem się cuchnących gazów. Gdy ten drugi stolec odpowiada pod wieczór użytemu pokarmowi, o czém się najłatwiéj przekonać przez dodanie wina czerwonego do wieczerzy, zdaje się, że trawienie żołądkowe pod wieczór jest upośledzoném, w skutek czego nienależycie strawiony pokarm w dalszym biegu ulega nieprawidłowemu rozkładowi. Inne zaburzenia odpowiadające bądź podrażnieniu kiszki cienkiéj, bądź kiszek grubych i odbytnicy, przypisać należy używaniu niektórych owoców. Z licznych mianowicie owoców krajom gorącym właściwych niektóre są wcale nieszkodliwe, jak nadzwyczaj pospolity, w rozlicznych gatunkach znany, nigdy na stole indyjskim niebrakujący „pisang" (*Musa sapientium, paradisiaca* i t. d.), *Carica papaya*, *Garcinia mangostana* i inne, wiele istot skrobiowatych zawierające. Natomiast inne owoce często szkodliwy wpływ wywierają, bądź że zawierają pierwiastki mocno drażniące, jak n. p. *Ananassa sativa*, bądź że są trudno strawne, jak *Canarium commune*, bądźteż, że zawierają zupełnie niestrawne drobne nasiona i włókna, mechanicznie drażniące przeważnie dolną część przewodu pokarmowego, jak n. p. *Psydium*, *guajava*. Niektóre osoby nie znoszą takich owoców nawet w małéj ilości i po kilku niemiłych próbach i doświadczeniach zupełnie od nich się wstrzymują, aby się uchronić od nieżytu kiszek. Inni mniéj ostrożni nabawiają się pierwéj czy późniéj nieżytów kiszkowych, mających skłonność do przybrania cechy przewlocznéj. Często nieżyty dolnych części przewodu pokarmowego, a mianowicie odbytnicy, zwolna przechodzą w *enteritis follicularis*, która zwykle w Indyjach uchodzi za „dysenteryję." Rzeczywista dysenteryja zdaje się jednak i w Indyjach być dość rzadką; na okrętach ani jednego przypadku nie widziałem, w wojsku częściéj się wydarza, zwłaszcza przy męczących wyprawach wojennych w głąb kraju.

Nieżyty kiszkowe powstać daléj mogą w skutek przeziębienia, tak przynajmniéj tłumaczą fakt, że w okolicach górskich wysoko położonych, gdzie noce bywają o wiele chłodniejsze, nieżyty kiszkowe bardzo są rozpowszechnione.

Niekiedy wydarzają się po spożyciu niektórych gatunków ryb i raków gwałtowne napady wymiotów i rozwolnienia, robiące wrażenie otrucia, prawdopodobnie ptomainami w spożytym pokarmie zawartemi. Dodać wreszcie musimy, że i takie bywają osoby, które i wszelkie zmiany w ciepłocie i zdumiewającą ilość wszelkiego rodzaju owoców indyjskich bez szkody znoszą.

Zimnica. Po chorobach przewodu pokarmowego zimnica w Indyjach jest najczęstszą chorobą w ogóle, a szczególnie najczęstszą przyczyną następowéj niedokrewności. Na blisko 2000 przypadków chorobowych wszelkiego rodzaju, jakie mi się w czasie mego pobytu w Indyjach wydarzyły, przypada 20% na zimnicę. Licząc osobno pacyjentów okrętowych, między którymi choroby weneryczne liczebnie pierwsze zajmują miejsce, procent ten zawsze jeszcze wynosi 10 od sta ogółu przypadków leczonych. Zimnica w archipelagu malajskim występuje w rozmaitych formach po części ściśle nacechowanych i dokładnie dających się oddzielić. Rozmaite te formy w widocznym pozostają związku ze stosunkami miejscowemi tak dalece, że niektóre pomiędzy niemi jako popularne *epitheton ornans* noszą nazwę miejscowości, w któréj głównie panują, jak n. p. febra z Onrust, Tjilatjap, Atjeh i t. d.

Najczęstszą a zarazem najlżejszą formą mniéj lub więcéj na całym obszarze archipelagu rozpowszechnioną jest zwykła *febris intermittens quotidiana i tertiana*. O tyle się tylko różni od europejskiéj, że średnio biorąc paroksyzmy wyższą okazują ciepłotę, że jednak i wysoka ciepłota do 41° bynajmniéj nie jest *mali ominis* i że zwalczenie téj zimnicy większych wymaga dawek chininu niż w Europie. Zresztą przy energicznéj terapii zimnica ta zwykle ustępuje po jednéj lub dwóch recydywach.

W innych przypadkach zimnicy, mimo najenergiczniejszéj terapii (2—4 gramów chininu na dobę i więcéj) pierwotne paroksyzmy powtarzają się przez dłuższy czas a po ich ostatecznem ustąpieniu w krótszych lub dłuższych ustępach ciągle nowe następują recydywy, prowadzące ostatecznie do niedokrewności i charłactwa. Takiego rodzaju zimnice wydarzają się jedynie w miejscach niezdrowych, bagnistych, często w zabudowaniach na wilgotnym gruncie (nad brzegiem rzeki) wystawionych. Słynie z nich kraj Atjejczyków na północno-zachodnim krańcu Sumatry, daléj w wielkich miastach nadmorskich miejscowości tuż nad portem i przy ujściu rzeki położone, zwłaszcza w czasie przejścia z pory suchéj w deszczową i na odwrót. Co do terapii w niektórych przypadkach, gdzie chinin nie skutkuje, arszeniku jeszcze z dobrym skutkiem użyć można. Główną jednak terapiją w takich przypadkach jest jak najrychlejsza zmiana klimatu. Najuporczywsze zimnice, w okolicach nadmorskich nabyte, zwykle za przybyciem do zdrowych okolic górskich na 2000—3000 stóp wzniesionych, jakby cudem odrazu znikają i to bez dalszego użycia chininu. Szczególnéj sławy w tym względzie używa

miejsce Malang o 4 godziny koleją od wielkiego miasta handlowego Surabai odległe i w górach położone, o którego błogich zadziwiających skutkach sam się przekonałem. W przypadkach, gdzie i pobyt w górach indyjskich nie pomaga, powrót do Europy jest wskazanym.

Dalszą formę zimnicy odróżniłby można pod nazwą *febris remittens perniciosa*. Jeżeli pierwsze trzy paroksyzmy chociaż niezbyt wysokie (39—39·5°) nie przerwane są czystą intermisyją, lecz tylko oddzielone remisyją na 38—38·5°, na samym wstępie już źle rokować można: nastąpi nie chybnie albo nader uporczywa forma z różnemi powikłaniami, albo co gorsza, gwałtowny ostry przebieg z ciepłotą do 42° i zejściem śmiertelném w przeciągu 8—10 dni. Przypadki takie wydarzają się jedynie przy szczególnym zbiegu zgubnych wpływów miejscowych i czasowych. Na okrętach cztery tylko tego rodzaju przypadki widziałem, z których trzy śmiercią się zakończyły, los czwartego, w szpitalu na Atczynie pozostawionego, jest mi nieznanym. Wszystkie zaś wydarzyły się podczas reparacyi okrętu w dokach (warsztatach okrętowych) bagnistym terenem otoczonych lub w napół wysuszonych basenach. Największe dawki chininu (6—8 gramów na dobę) wewnętrznie i podskórnie stosowane pozostają bez wpływu na przebieg choroby, jak w ogóle wszelka terapija (zimne kąpiele) jest bezskuteczną.

Od téj formy zgubnéj zimnicy odróżnić wypada inną, również gwałtownie występującą, która jednak po kilku paroksyzmach przybiera cechę przewłoczną, a wreszcie rozpada się niejako na szereg łagodnych na pozór, ale nader uporczywych i zwolna wyniszczających recydyw. Zdarzyło mi się widzieć kilkanaście takich przypadków, po większéj części pochodzących z osławionego w téj mierze portu Tjilatjap. W jednym z tych przypadków po wyjeździe z Tjilatjap powtarzały się co 3 tygodnie kilkodniowe recydywy z ciepłotą między 38° a 38·3°, wejrzenie zwolna się pogarszało, po 8miu miesiącach wytworzył się twardy naciek na łydkach, przypominający *scleroderma neonatorum*, daléj rozpościerające się plamy jakby gnilcowe na ramionach i udach, a w 10 miesięcy po ewakuacyi nastąpiła śmierć. W innym przypadku, który widziałem w r. 1885 w Indyjach, a następnie za powrotem do Holandyi, recydywy powtarzały się jeszcze po 1½-letnim pobycie w Europie.

Zwrócić wreszcie musimy uwagę na szczególną formę zimnicy epidemicznéj, właściwą wyłącznie krajom gorącym, a któréj istota właściwa dotąd nie jest ściśle oznaczoną, chociaż już była przedmiotem szczegółowych badań i sumiennéj pracy. [1]) Przebieg poszczególnych przypadków tém się odznacza, że po kilku lub kilkunastu paroksyzmach, a zatém po upływie kilku dni do kilku tygodni następują nagle silne wymioty i rozwolnienie, w dalszym ciągu stan przypominający *stadium algidum* cholery, a wreszcie w wielu przypadkach zejście śmiertelne. Choroba ta okazuje się zwykle w silnych epidemijach równocześnie z licznemi przypadkami zwykléj *intermittens* i z pojawieniem się cholery. Od cholery różni się silną gorączką, a przedewszystkiem *ex juvantibus*, o ile, że chinin w wielu przypadkach okazuje się skutecznym. Różne jéj już nadawano nazwy, z których przez Francuzów używana *febris algida* niczego nie przesądza. O ile mi wiadomo, choroba ta dotąd jeszcze nie była przedmiotem badań bakteryjologicznych. Od roku 1884—1886 panowała tego rodzaju gwałtowna epidemija na licznych wyspach rozciągających się od północno-wschodniego krańca wyspy Celebes (Menado) ku hiszpańskim Filipinom. [2])

Cholera. Cholera na całym prawie obszarze archipelagu malajskiego jest endemiczną. Tylko niektóre wysoko położone okolice górskie mają być podobno wolnemi od cholery. Sporadyczne przypadki zawsze i wszędzie się wydarzają, od czasu do czasu tu lub owdzie silniejsza epidemija. Szczególnie zagrożonemi są w takich czasach dzieci rodzin europejskich, niemało jednak i Europejczyków w sile wieku pada ofiarą cholery. Na okrętach cholera okazuje się, o ile ją ludzie w czasie pobytu na stałym lądzie nabywają. Na okrętach jednak wojennych, zwłaszcza na nowych, żelaznych i należycie pod względem sanitarnym dozorowanych, gaśnie z ewakuacyją pierwszych przypadków. Na starych okrętach drewnianych i w ogóle na źle utrzymywanych zdarzają się nieraz miejscowe epidemije.

Inne choroby endemiczne mniéj są ważne ze względu na kwestyję aklimatyzacyi Europejczyków, o ile albo w ogóle rzadko się wydarzają, albo też o ile głównie znajdują się u krajowców, a tylko wyjątkowo u Europejczyków. Do tych należą ropnie wątroby, których sposób powstawania dotąd jest niewyjaśnionym i *Beri Beri*, prawdopodobnie *polyneuritis ascendens* na tle miazmatyczném, która wyjątkowo tylko Europejczyków napada. Z chorób skórnych endemicznych trąd w różnych formach między ludnością krajową archipelagu dość rozpowszechniony, jeśli okazuje się kiedy, to nadzwyczaj rzadko u Europejczyków czystéj krwi. Tak zwana *Framboesia (Yaws, Papilloma tropicum)* również rzadko, *ichthyosis* zaś, w niektórych częściach archipelagu nadzwyczaj rozpowszechniona, o ile mi wiadomo, nigdy u Europejczyków w tamtych stronach się nie zdarza.

W obec tylu niebezpieczeństw grożących Europejczykom w Indyjach słusznie wspomnieć i o tém, że niektóre choroby europejskie są tam zgoła nieznane, jakoto: zapalenie płuc dławcowe, dławiec, dur brzuszny i płonica, i że gruźlica jest daleko mniéj rozpowszechniona niż w Europie. W ogóle choroby narządu oddechowego są daleko rzadsze i łagodniejsze, co nas nie zadziwi, jeśli zważymy, że w tych krajach wieczną zielenią pokrytych i zewsząd na działanie wiatrów morskich wystawionych, powietrze nie tylko jest zawsze ciepłe i wilgotne, ale też o wiele czystsze i wolniejsze od pyłu. Zresztą mimo to klimat nie sprzyja Europejczykom sprawą gruźliczą dotkniętym, o ile że u takich osób napady zimnicy, o jakie tu nie trudno, dają popęd do szybkiego rozrostu nacieków gruźliczych w płucach.

Streszczając powyższe uwagi kilku słowami ze względu na możność aklimatyzacyi Europejczyków w archipelagu malajskim, powiedzieć możemy, że:

1) dla osób niezupełnie zdrowych, zwłaszcza niedokrewnych, na nieżyty przewodu pokarmowego cierpiących, lub sprawą gruźliczą, chociażby w samym początku, dotkniętych, aklimatyzacyja w tamtych krajach jest niemożebną;

2) że osoby zdrowe i w sile wieku będące przy należytéj przezorności i odpowiedniém zachowaniu się, łatwo za-

---

[1]) Obacz w *Revue maritime*, rocznik 1885 (Paryż), obszerną pracę naczelnego lekarza marynarki francuskiéj o epidemii, jaka panowała w posiadłości francuskiéj Guadeloupe (Indyje zachodnie) w latach 1864—1866.

[2]) W kwietniu 1886 r. zwiedziłem te wyspy i na wezwanie rządu holenderskiego zdałem sprawę z téj epidemii. Sprawozdanie to (w języku holenderskim) zamieszczono w aktach zarządu sanitarnego indyjskiego na r. 1886.

aklimatyzować się mogą i że w takich stosunkach szanse zachorowania, ogółem biorąc, nie są o wiele większe, niż w Europie.

IV. Rak gardziela. Smierć naturalna skutkiem pęknięcia ściany gardziela. Przypadek sądowolekarski.

Podał **Dr. Józefczyk** w Tarnowie.

Ustawicznie ze wszystkich stron dochodzą głosy żądające zaprowadzenia Izb lekarskich na wzór Izb adwokackich; o słuszności żądania tego nikt nie wątpi, nigdzie jednak nie czuje się tak dotkliwie ich braku jak w miastach mniejszych. Na dowód niech posłuży następujący przypadek, który nietylko wszystkich lekarzy ale i całe miasto nasze niezwykle zainteresował i był przez kilka dni przedmiotem obrabianym przez powołanych i niepowołanych.

S. Fuchs, lat 54 liczący, stolarz, zgłosił się do mnie w dniu 29 kwietnia br., żaląc się, że od 3 miesięcy czuje trudność w połykaniu pokarmów; gdy w ostatnich czasach trudność ta raptownie się powiększyła, zasięgał rady Dra Portika, który mu przepisał jakieś proszki ale bez skutku. W ostatnich 2 dniach nawet płyny z trudnością przechodzą i pobudzają go do wymiotów. Badanie wykazało u chorego o ziemisto zabarwionéj skórze, dobrym jeszcze stanie ogólnym, zwężenie gardziela w okolicy połowy mostka i to tego stopnia, że przepuszczało dopiero sondę, odpowiadającą mniéj lub więcéj 12 Nrowi kateteru Nélatona, przyczém badany zwymiotował znaczną ilość cieczy gęstéj barwy czekoladowéj. Zwężenie to przedstawiało się sondującéj ręce jako naokoło chrząstkowaty pierścień zajmujący całe światło gardziela. Rozpoznałem więc zwężenie gardziela prawdopodobnie rakowate i udzieliwszy badanemu moje rozpoznanie i rokowanie do wiadomości zaleciłem udanie się do prof. Obalińskiego celem naradzenia się co do leczenia. Prof. Obaliński rozpoznanie moje potwierdził i zalecił systematyczne wprowadzanie dilatatoryjum Trousseaua od Nru 2go do najwyższego. Rękoczyn ten po powrocie chorego z Krakowa wykonałem w dniu 1 i 4 maja za pomocą Nru 2go. W dniu 7 maja przeprowadziłem Nr. 2gi, a ponieważ przechodził on łatwo i Nr. 3ci, który również łatwo przeszedł, a badany udał się do domu, gdzie wypił wina i rosołu. W kwadrans potém zawezwano mnie do niego; przyszedłszy znalazłem go w łóżku skarzącego się na niezmierny ból ponad żołądkiem się zaczynający a rozpromieniający ku kręgosłupowi. Objawów przedmiotowo żadnych nie znalazłem; kazałem podać choremu *chloral. hydrat. refracta dosi*, poczém w ¼ godziny usnął; w takim stanie odszedłem go zaleciwszy rodzinie, aby mnie w razie powtórzenia się bólu zawiadomiła. Jak się później dowiedziałem, w 2 godziny potém bóle się powtórzyły a żona chorego posłała po Dra Portika, który był jeszcze nad ranem dnia następnego, a gdy chory o 7éj rano 8 maja umarł, wniósł Dr. Portik do c. k. Prokuratoryi państwa doniesienie piśmienne obejmujące cały arkusz pisma w głównych zarysach tak brzmiące: Dnia 7 maja b. r. byłem zawezwany do tutejszego stolarza St. F. o godzinie 5 popołudniu, którego znalazłem w wielkich bólach w okolicy nadżołądkowéj; ciało zimne, tętno przyspieszone, pragnienie wielkie. Chory jęczał aż do zachrypnięcia. Pytając o przyczynę dowiedziałem się, że Dr. Józefczyk wprowadzał choremu narzędzie do rury pokarmowéj jak l a d s t o c k (!), poczém bóle te wystąpiły.... (następuje sprawozdanie ordynacyi Dra Portika). Ponieważ chory zakończył życie 8 maja br. o 7 rano, przeto widzę w tym przypadku rodzaj gwałtownéj śmierci, gdyż znając Fuchsa od dłuższego czasu wiem, iż był to mężczyzna silny i do ostatnich chwil życia zdrowy. Śmierć, któréj przyczyna mieści się w rurze połykowéj, nie mogła być wynikiem jakiegoś rozwoju samoistnéj choroby, lecz według mego zdania była następstwem gwałtu na tę rurę wykonanego i dla tego wnoszę: c. k. Prokuratoryja Państwa raczy zarządzić sekcyję sądową zwłok nagle i gwałtownie zmarłego celem sprawdzenia przyczyny tak prędkiego zgonu itd..... Skutkiem tego Prokuratoryja Państwa zarządziła sekcyję zwłok, którą w dniu 9ym maja 1887 wykonali Dr. Glaser i Dr. Midowicz w obecności kolegów Dra Metzgera, Dra Skowrońskiego, Dra Walczyńskiego, Dra Kaczkowskiego i podpisanego, jako też i Dra Portika. Wynik sekcyi według sprawozdania pp. obducenów był następujący: W połowie gardziela w samych ścianach tegoż i okolice najbliższe zajmował guz, otaczający cały gardziel i ścieśniający światło gardziela pierścieniowato w miernym stopniu; swobodnie bowiem przeprowadzić można było przez miejsce zwężenia cały palec mały, z nieznacznym zaś oporem przesunąć się dał do połowy palec wskazujący. Guz sam znaleźliśmy w części o miąższu grubości 1½ cm. dosyć twardym wyglądającym słoninowato, w częściach bocznych przybierającym barwę ciemniejszą, a w znacznéj części, szczególnie po stronie lewéj od przodu i prawéj z miąższem rozpadłym na masę brajowatą barwy żółto-ziemistéj. Pomiędzy tą rozpadową masą po usunięciu jéj widzieć można było przegródki z tkanki łącznéj, tak że cała szczególniéj lewa okolica guza przedstawiała jużto mniejsze już większe zagłębienia kieszonkowate. Po stronie lewéj najbardziéj posunięty proces rozpadowy zajmuje nietylko dalszą okolicę, lecz drąży w same warstwy ścian gardziela zcieńczając je do grubości papieru. W miejscu największego zcieńczenia ścian gardziela w długości 2cm. znajdujemy przerwaną łączność ścian. Przerwa ta rozpoczyna się tuż pod największém ścieśnieniem dążąc ku dołowi i tworząc otwór ostro eliptyczny o ścianach ostrych gładkich. Mamy tu do czynienia ze sprawą nowotworową, z nowotworem o tkance embryjonalnéj, rozwijającéj się do pewnego stopnia i ulegającéj przeobrażeniu wstecznemu czyli rozpadowi. Wszystkie cechy makroskopowe i zachowanie się tegoż przemawiają za tém stanowczo, że mamy przed sobą typowy obraz „raka gardziela" w stanie rozpadowym.

Bardzo ważném jest pytanie: czy pęknięcie ścian gardziela nie powstało skutkiem gwałtu od wewnątrz przez zbyt forsowne wprowadzanie narzędzi? Z całą sumiennością powiedzieć możemy, że pęknięcie to nie powstało gwałtownie. Nie mamy bowiem nigdzie najmniejszego śladu wybroczyn ani podbiegnięć, brzegi otworu równe, gładkie; daléj początek pęknięcia znajduje się tuż poniżéj największego zwężenia, a więc w miejscu, gdzie nie było oporu znacznego przy stosowaniu zgłębnika, lecz gdzie cieśń największą minięto. Pęknięcie to nastąpiło dobrowolnie, możemy to zaś powiedzieć na téj podstawie, iż w około miejsca tegoż znajduje się najdaléj posunięta sprawa chorobowa, wysoki stopień rozpadu i to od dłuższego czasu trwający, świadczy zaś o tém okoliczność, że ku dołowi poza gardzielem w otaczającém i przerosłém śródpiersiu znajdujemy znaczną ilość masy gęstawéj rozpadowéj i że wprowadzony palec od wysokości otworu w błonie śluzowéj, przeprowadzić się daje przechodząc liczne luźne pasma tkanki łącznéj i różnéj wielkości kieszonkowate zagłębienia w rozmaitych kierunkach idące, aż do jamy opłu-

cnowéj. Nagromadzona w znacznéj ilości ciecz w jamie opłucnowéj nie jest tylko wysiękiem zapalnym lecz przeważnie pokarmem płynnym, którego denat przy końcu życiu używał i który przez otwór w ścianie gardziela drążąc pomiędzy zagłębienia śródpiersia dostał się do jamy opłucnowéj. Przypuszczenie to uzasadnione jest w obec tego, że strona donosząca, obecna w ostatnich chwilach życia przy denacie, wspomina wyraźnie w doniesieniu o nadzwyczajném pragnieniu, które tenże miał już w przeddzień zgonu. — Nadzwyczajna wiotkość ścian serca, kruchość mięśnia sercowego wraz z znacznym zanikiem i zwyrodnieniem tłuszczowém, zanik i rozmiękczenie miąższu śledziony, zwyrodnienie tłuszczu wątroby wskazują, że mamy przed sobą zwłoki człowieka od dłuższego czasu schorzałego, a bardzo znaczna ilość tłuszczu nagromadzonego w ciele i znaczne stłuszczenie niemal wszystkich organów nasuwają myśl, że denat od dłuższego czasu nadużywał napojów wyskokowych. Orzekamy więc, że bezpośrednią przyczyną śmierci był rak gardziela w okresie rozpadu, pęknięcie nastąpiło samoistnie, a więc przebicie nie nastąpiło w skutek obrażenia zadanego narzędziem.

Ponieważ nie uważam za godne stanu, do którego mam zaszczyt należeć, szukać na drodze sądowéj zadośćuczynienia za wyrządzoną mi przez p. Portika krzywdę, postanowiłem spisawszy niniejszy przypadek bez żadnych komentarzy z méj strony podać go do wiadomości szan. kolegów zadowalając się wewnętrznem przekonaniem, że każdy czytający sprawozdanie niniejsze sam dostatecznie oceni postępowanie p. Portika i reszty sobie w duszy dośpiewa.

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Oftalmologija na II Zjeździe lekarzów rosyjskich.

Podał **Dr. J. Talko.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Drugie posiedzenie sekcyi chorób ocznych d. 21 stycznia.

Zarządzający sekcyją prof. Braun zaproponował na prezydującego prof. Chodina, co przyjęto oklaskami.

1. Dr. v. Stein (z Moskwy) odczytał rzecz o wpływie tonów i drgań kamertonu na oko. Badając funkcyje ślimaka ucha, autor, przekonawszy się, że znane metody nie doprowadziły go do pożądanego celu, powziął zamiar wywołania zwyrodnienia swoistych włókien, koniecznych wedle Helmholtza dla przyjęcia tonów, długiém działaniem wysokich i niskich kamertonów. Do badania użyto młodych morskich świnek, które trzymano w pudełkach a nad niemi umieszczono kamerton drgający pod wpływem prądu elektrycznego. Wynikiem tego była zaćma przyjądrowa, któréj obraz zależał od liczby drgań kamertonu. Przed rozpoczęciem doświadczeń zaćmy nie było wcale, po doświadczeniach zaś zaćmienie soczewek stawało się widoczném dla gołego oka, co stwierdziliśmy na przedstawionych nam kilku okazach świnek. Ciekawy fakt, że zaćmienia te po pewnym czasie zupełnie ustępowały i po powtórném doświadczeniu znowu się wytwarzały (peryjodyczne zaćmy?). Stwierdziwszy fakt tworzenia się zaćmy przy tych doświadczeniach, autor słusznie zadaje pytanie, co sprzyja temu zaćmieniu soczewki, tony czy też drgania kamertonu? Po zniszczeniu wewnętrznego ucha zaćma tworzyła się znacznie prędzéj, po 2—4 godzinach, gdy tymczasem u zdrowych zwierząt potrzeba było na to daleko więcéj czasu: wysoki kamerton u dwudniowéj świnki wywoływał zaćmę po 18—24 godzinach, przy 100 drganiach kamertonu tworzy się zaćma po 12 godzinach. A więc, zdaniem v. Steina, przyczyny zaćmienia soczewki trzeba szukać w mechaniczném działaniu drgań, tony zaś wstrzymują rozwój zaćmy. Drgania wywołują utratę ciepłoty zwierzęcéj a to wpływa na stan soczewki. Adelheim badał świnki przed i po doświadczeniach i stwierdza fakt szybkiego tworzenia się zaćm w oczach z zupełnie przeźroczystemi soczewkami. Łożecznikow przekonał się, że u świnek przy powyższych doświadczeniach rzeczywiście rozwija się zaćma, co stwierdziły badania gałek ocznych, które wyłuszczał.

2. Dr. Ewetzki (z Moskwy) przedstawił swe studyja nad historyją rozwoju przewodu nosolzowego u człowieka, badanego dotąd tylko u zwierząt. Na podstawie swych badań przyszedł on do wniosku, że przewód nosolzowy, oznaczający się w końcu 5go i na początku 6go tygodnia życia płodowego, rozwija się wedle typu reszty kręgowych, t. j. z nabłonka łzowéj bruzdy, który następnie wrasta w leżącą pod nim tkankę. Różni się tylko u człowieka postacią w pierwszym okresie swego rozwoju: ma wejrzenie wąskiéj przybłonkowéj blaszki, zaczynającéj się przy dnie bruzdki łzowéj.

3. Następnie tenże autor podał treść swéj pracy „białkomocz i zaćma.“ Wiadomo, że Deutschmann pisał o wzajemnéj zależności tych dwóch chorób. W celu wyjaśnienia tego stosunku Dr. Ewetzki badał chorych z rozmaitemi zaćmami, chorych cierpiących na chorobę Brighta i zdrowych lecz starych ludzi (w domach przytułku). Wyniki jego badań były następujące: *a)* wiek ma wielki wpływ na rozwój zaćmy, największy % dotkniętych zaćmą dają starcy; *b)* białkomocz, jako przyczyna zaćmy, nie ma znaczenia; *c)* na rozwój zaćmy wiele wpływa złe odżywienie; *d)* mężczyzni i kobiety jednakowo ulegają zaćmie; *e)* u młodych ludzi, cierpiących na zapalenie nerek, zaćma nie bywa częściéj niż u ludzi tegoż wieku ze zdrowemi nerkami; przeciwnie często ją spotykamy u wielu nefrytyków, lecz nie częściéj niż u starców w ogóle; *f.* białko w moczu cierpiących na zaćmę po większéj części ma znaczenie fizyjologiczne.

Prezydujący dziękuje prelegentowi za jego ciekawe i pouczające odczyty i proponuje na dalszy ciąg posiedzenia na prezydującego Dra Talkę, który zasiadł na miejscu Chodina wśród głośnych oznak uznania ze strony zgromadzonych.

4. Sekretarz Besanin odczytuje memoryjał nadesłany przez St. Fijałkowskiego (z Berdyczowa) p. t. Co robić z jaglicą w wojsku?

Autor wypowiada potrzebę: *a)* Wyznaczenia osobnéj komisyi dla zbadania kwestyi jaglicy w Rosyi; *b)* Tworzenia z nowozaciężnych oddzielnych taktycznych jednostek w miejscu ich przyjęcia do wojska, ażeby tym sposobem zapobiedz szerzeniu się choroby w zdrowych okręgach państwa; *c)* Zupełnego oddzielenia wszystkich szeregowców dotkniętych jaglicą i zwalniania na czasowy urlop, a następnie w razie tworzenia się blizn spojówki zaliczania do rezerwy; *d)* Urządzania w miejscowościach, gdzie jaglica jest rozprzestrzeniona oftalmicznych szpitali, w którychby ordynowali lekarze obznajomieni z ocznemi chorobami; *e)* Zaliczania do takich szpitali corocznie pewnéj liczby młodych lekarzy, chcących studyjować choroby oczne; *f)* Leczenia dotkniętych jaglicą nie w szpitalach, lecz tylko ambulatoryjnie; w szpitalach leczą się tylko powikłania jaglicy; *g)* Dla rozdzielenia jaglicowych nowozaciężnych

w miejscowościach, gdzie jaglica rozpowszechniona wśród ludności, wyznaczenia okulisty do oddziału głównego sztabu, zajmującego się corocznie rozporządzeniem odnośnie do rozsyłania nowozaciężnych do rozmaitych części wojsk, któryby czuwał nad tém, aby kompletować niemi jaglicowe taktyczne jednostki; *h)* Wreszcie kol. F. proponuje urządzanie od czasu do czasu Zjazdów okręgowych okulistów, prof. oftalmologii i wreszcie lekarzów zajmujących się chorobami ocznemi, w celu bliższego omówienia i wielostronnego zbadania t. zw. kwestyi jaglicowéj wojska rosyjskiego.

Przewodniczący podziela zdanie Dra F., że kwestyja jaglicowa w naszéj armii ma pierwszorzędne znaczenie, wynurza żal, że w skutek nieobecności autora dyskusyja nie może mieć pożądanego rezultatu. Wypowiada przytém swój pogląd na ten przedmiot, a który podał w artykule jaglica w wojsku i środki zaradcze (p. *Przegląd Lekarski*, Nr. 1, 3 i 10 z r. b.). Najprzód dowiódł, że nietylko powinniśmy obwiniać o szerzenie w wojsku jaglicy corocznie przybywających nowozaciężnych, których znaczny % bywa dotkniętych jaglicą, lecz wiele téż sprzyjają rozwojowi téj choroby u szeregowców warunki życia koszarowego, a również znane niechędostwo żołnierzy. Następnie Dr. Talko wypowiedział zdanie, że jaglicowych żołnierzy nie możemy leczyć środkami żrącemi nawet ambulatoryjnie, aby nie wywołać objawów podrażnienia spojówki, często przechodzącego w ostrozapalne sprawy wśród warunków służby wojskowéj. Izolowanie takich chorych, wentylacyja mieszkań koszarowych, czystość pościeli, ręczników, przemywanie oczu kw. borowym itp. higijeniczne środki okazują w warsz. woj. okręgu pożądany skutek: obostrzenia t. z. suchéj formy jaglicy stały się dziś rzadszemi, a przypadki upośledzenia i utraty wzroku od następnych zmian rogówki doprowadzone są do możebnego minimum.

W rozprawach nad tym przedmiotem biorą udział: Chodin, Mandelstam (z Kijowa), Szczasnyj (z Kijowa), Z. Zawadzki (z Kurska), Makłakow i Łożecznikow. Pierwsi dwaj leczą jaglicę w wojsku, przyczém Dr. Mandelstam przypomina swój sposób leczenia, polegający na wyciskaniu palcami ziarn jaglicowych. Dr. Talko nie zgadza się z tém, gdyż wyciskanie bywa bolesném, połączone z krwawieniem spojówki i potrzebowałoby usunięcia szeregowca na dłuższy czas od służbowych obowiązków, w celu uniknięcia łatwego w tych razach zaostrzenia jaglicy. Takie leczenie dobre jest w prywatnéj praktyce, lecz nie w wojsku, gdzie szeregowcy, pomimo znacznie rozwiniętéj u nich jaglicy, często wcale nie uskarżają się na chorobę oczu i nie są radzi zbrojnéj interwencyi ze strony lekarza w podobnych razach. Makłaków i Łożecznikow przemawiają za tém, że należałoby dokładniéj wyjaśnić, co rozumieją wojskowi lekarze przez nazwę jaglica (*trachoma*). Prezydujący przypuszcza dwie postacie téj choroby *tr. papillare* i *tr. folliculare*, niektórzy zaś lekarze rosyjscy pod nazwę jaglicy podciągają wszystkie w ogóle przewlekłe zapalenia spojówki.

Dla braku czasu i z powodu kilku pozostałych jeszcze odczytów, musiano przerwać ciekawą dyskusyję, témbardziéj, że inicyjator téjże był nieobecnym.

5. Tenże sekretarz odczytał pracę Dra Tieplaszina (z Głazowa gub. Wiatskiéj): O ślepocie u popisowych w Głazowskim powiecie. Autor zbadał popisowych zwolnionych dla ślepoty w ciągu ostatnich 12 lat. Z ogólnéj liczby 32,689 popisowych, zwolniono 344 ślepych. Z tych ostatnich zbadał bliżéj 242, z których ślepych na oba oczy było 19%, na prawe oko 35,5%, na lewe 11,2%; reszta miała tylko osłabiony wzrok; 2% było zupełnie zdrowych. A więc tylko $^1/_5$ część popisowych, uznanych za niezdolnych do służby dla ślepoty, okazało się rzeczywiście ociemniałymi na oba oczy, czyli że 1 ślepy na oba oczy w wieku popisowym wypada na 500 ludzi. Ślepych na jedno oko znacznie więcéj.

Dr. Skrebicki (z Petersburga), który pracuje nad statystyką ociemniałych w Rosyi i który pracami swojemi wzbudził zajęcie się tą sprawą w sferach urzędowych, wypowiada pochwałę dla pracy Dra T., wskazuje jednak na pewną omyłkę, jakiéj się dopuścił jéj autor, obliczył on % podług liczby popisowych w ogóle, gdy tymczasem prawie połowa z nich nie bywa oglądaną, mający bowiem ulgi 1éj kategoryi wcale nie podlegają oględzinom, a z 2éj i 3éj tylko niektórzy. Tym więc sposobem % ociemniałych w Głazowskim powiecie będzie znacznie większy niż wyżéj podany.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Medycyna wewnętrzna.

Pekelharing: O Beri-Beri.

Prof. Pekelharing z Amsterdamu wysłanym został w listopadzie r. z. przez rząd holenderski w celu zbadania silnéj epidemii *Beri-Beri*, panującéj od dwóch lat na teatrze wojny w kraju Atjeh (północno-zachodni kraniec Sumatry). Po 5-miesięcznéj pracy, któréj część histologiczną i bakteryjologiczną wziął na siebie P., zostawiając część kliniczną Drowi Winklerowi, P. podał pierwsze wyniki w liście do *Nederländsch Tydschrift voor Geneeskunde* Nr. 25 z 18 czerwca r. b., z którego co następuje wyjmujemy. W lżejszych przypadkach *Beri-Beri* chorzy mają w mniejszym lub większym stopniu ów znany i często opisywany właściwy chód, polegający według P. na *paresis flexorum dorsalium pedis*. W cięższych przypadkach, często ostro przebiegających, chorzy leżą w łóżku, oddech jest utrudniony, niekiedy mięśnie poruszające żebra lub téż przepona zupełnie bezczynne. Tętno drobne i przyspieszone, bicie serca gwałtowne. Nieraz głos zachrypły, *malum omen*. Najwięcéj dręczy chorego nieokreślony ból w okolicy żołądka i powyżéj. Skoro ból ten silniejszym się staje, oddech bywa znacznie utrudnionym, a w kilka godzin śmierć zwykle następuje. Czasem ostateczne cierpienie poczyna się od kilkakrotnych wymiotów. Duszność i ból wzmagają się, stłumiony jęk chorego niekiedy przerywany głośnym krzykiem, wyraz trwogi śmiertelnéj w obliczu, daremne usiłowania chorego, aby własnemi słabemi siłami zmienić swe położenie, czynią okropne wrażenie. Do ostatniéj chwili chory daje wyraźne oznaki świadomości umysłu. Tętno coraz więcéj słabnie, czasem po ostatnim oddechu serce jeszcze chwilę bije.

Przy sekcyi, jeśli nie ma powikłania, nie znajdują się zmiany, któreby tłumaczyły ostatnie ciężkie cierpienie. Prawie zawsze znajduje się rozszerzenie i przerost prawego serca. Nieraz zmiany te są znaczne i zajmują, chociaż zawsze w lżejszym stopniu, lewą połowę serca. Wpada w oko bladość serca. *Hydrops*, w innych epidemijach *Beri-Beri* tak częsty i silny, w ostatniéj epidemii niezbyt silnie występował. Nawet *oedema* na wewnętrznéj powierzchni podudzia wprawdzie nigdy nie brakowało zupełnie, nieraz jednak było wcale nieznacznem. Niektóre mięśnie dowolne zwłaszcza podudzia są atrofieznc i blade, czasem téż tu i owdzie nabrzmiałe. Co do istoty choroby, P. uważa ją za *neuritis peripherica multiplex*, podobnie jak to kilka lat temu podał Scheube. Zaburzenia co do czucia, a mianowicie co do ruchu, od początku

do końca choroby w coraz wzrastającym stopniu wykazać można, a badanie elektryczne za życia daje wyniki zupełnie zgodne z zwyrodnieniem nerwów po śmierci stwierdzonem. Zwyrodnienie i zanik mięśni tyczy się, prócz serca, przedewszystkiém mięśni podudzia i uda, daléj mięśni oddechowych, odnogi górnéj, krtani, czasem nawet twarzy. Zarówno ze zmianami mięśni znajduje się zwyrodnienie odpowiednich nerwów. Zmniejszenie czucia może być bardzo rozległe, poczyna się zwykle na skórze brzusznéj, kończyny nerwów odpowiednio zwyrodnione. Zwyrodnienie nerwów okazuje się coraz lżejszém postępując z obwodu ku ośrodkom. W przednich korzeniach rdzenia zaledwie znaleźć można różańcowe nabrzmienie cylindrów osiowych, w tylnych korzeniach zwyrodnienie znajduje jakby znaczną tamę w *ganglion intervertebrale*. Różnica w przecięciach przed zwojem i za nim wpada w oko. Również w gałązkach nerwu błędnego ku sercu idących i w samych nerwach sercowych nieraz napotyka się zwyrodnienie. Natomiast w rdzeniu z trudnością wykazać się dały zmiany i te były po części niewątpliwie następowe, po części zaś znaczenia niepewnego.

P. uważa *Beri-Beri* za chorobę zakaźną, wywołaną przez drobne organizmy. Te organizmy tkwią w pewnych miejscowościach (więzienia, koszary, okręty), są przenośne z miejsca na miejsce przez chorego (prawdopodobnie również przez zdrowych ludzi, mianowicie przez ich odzież), nie mnożą się jednak w organizmie chorego i rozwijają się tylko wśród przyjaznych warunków miejscowych. Wiadomo, że już w Japonii i Brazylii (Dr. de Lacerda) odkryto laseczniki, które podobno na zwierzętach takie same wywołują objawy, jakie nam przedstawia *Beri-Beri* u ludzi. Laseczniki, które lekarz japoński Sugenoya znalazł w czasie epidemii w Atjeh, nie mają dotąd znaczenia, gdyż tylko na trupach są wykazane i dotąd nie są czysto hodowane, ani na zwierzętach wypróbowane. P. znalazł w krwi chorych za życia kilka rodzajów laseczników, o których znaczeniu jednak tymczasem nic stanowczego orzec nie chce, gdyż dotąd hodowle i szczepienia nie wydały mu jeszcze zupełnie pewnych wyników. P. zamyśla prace te w Batawii daléj prowadzić.

Co do panującéj właśnie silnéj epidemii *Beri-Beri* w kraju Atjeh, P. szuka jéj przyczyny po części w ogromnych zmianach, jakim tam grunt uległ w skutek licznych a obszernych robót fortyfikacyjnych, po części w znacznych wylewach, jakie w ostatnich latach tam nastąpiły.

Dezinfekcyja miejscowa dotąd przyniosła bardzo dobre skutki, jeszcze lepszych spodziewa się P. po ustaleniu się świeżo poruszonéj ziemi i po robotach mających ochronić od dalszych wylewów obozy i cały teren przez wojsko holenderskie zajęty. *Dr. Gumplowicz.*

Dr. Gabr. Engel: **Przyczynek do kazuistyki śledziony wędrującéj.**

Z powodu właściwych stosunków wywołanych przez ciążę kobiety ulegają częściéj zmianom położenia trzew brzusznych aniżeli mężczyźni. Do najrzadszych zmian położenia trzew należy śledziona wędrująca, raz, że w ogóle rzadko ta nieprawidłowość się przydarza, a powtóre dla trudności rozpoznawczych. Do powstania śledziony wędrującéj przyczynia się zwiotczenie jéj więzadeł jako następstwo zmniejszenia poprzednio obrzmiałéj śledziony. Autor obserwował 3 podobne przypadki.

Przypadek 1szy dotyczył 18-letniéj kachektycznéj pierworódki, która nieregularnie miesiączkowała. Stłumienie poczynające się 12 cm. poniżéj lewego podżebrza, brzeg dolny śledziony wyczuwalny. Po porodzie zstąpiła śledziona aż do lewéj kości biodrowéj. Chora gorączkowała 3go i 5go dnia po porodzie, podawano dziennie 0·5 chininu, poczém śledziona zmniejszyła się, była niebolesną jednak przesuwalną.

Drugi przypadek dotyczył 28-letniéj kobiety, któréj znaczny obrzęk śledziony zmniejszał się w okresach pomiędzy 5ma przebytemi ciążami. Wpływ chininu był widocznym.

Wszystkie 3 kobiety przebywały w okolicy zimniczéj.

Do zmniejszenia się obrzęku i ruchomości przyczyniło się podawanie chininu i żelaza. Przez zanik naczyń i obrót szypułki naokoło osi śledziona może zaniknąć, o czém przekonały autora sekcyje takich chorych. Opierając się na tych spostrzeżeniach, robi autor propozycyję, aby w przypadkach kwalifikujących się do wyłuszczenia śledziony kusić się o wywołanie sztuczne zaniku przez uchwycenie narządu i okręcenie kilkakrotne naokoło szypułki. (*Centralblatt f. Gynaekol.* 1886, Nr. 5). *Dr. Barącz.*

I. Duncan: **Przypadek raka trzew brzusznych u dziecka.**

D. opisuje przypadek raka trzew brzusznych u 3½-rocznego dziecka, które na miesiąc przed śmiercią przedstawiało pierwsze objawy choroby. Najpierw wystąpił obrzęk podudzi i moszen, później obrzęk i bolesność brzucha, powiększenie wątroby, zatrzymanie moczu, naciek lewéj okolicy pachwinowéj, wysięki w jamie opłucnowéj i otrzewnowéj; celem usunięcia ostatnich wykonano kilkakrotnie punkcyję. Wśród opisanych objawów dziecko zmarło. Sekcyja wykazała guz nerki prawéj wielkości pomarańczy, który autor uważa jako guz pierwotny, prócz tego naciek rakowaty 7·7cm. długi kiszki spoczywającéj na lewéj kości biodrowéj; w lewéj nerce znaleziono liczne małe guzki; w lewéj pasze znajdował się guz wielkości jabłka. Wysięk surowiczy w obu wielkich jamach ciała. Drobnowidowo przedstawiło się utkanie tych guzów jako *scirrhus*. (*Edinb. med. Journ.* June 1886, p. 1127).

Dr. Barącz.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Pasteura szczepienia ochronne przed Parlamentem angielskim.

W dniu 12go kwietnia 1886 wyznaczył Parlament angielski komisyję celem zbadania Pasteurowskich szczepień ochronnych od wścieklizny. Należeli do téj komisyi najgłówniejsi reprezentanci medycyny i nauk przyrodniczych w Anglii pod przewodnictwem słynnego chirurga Sir James Pageta. Przed niedawnym czasem złożyła rzeczona komisyja Parlamentowi swe sprawozdanie, będące jednozgodném i bezwarunkowém potwierdzeniem teoryi Pasteura. Oto streszczenie tego sprawozdania:

Sprawozdanie opiera się częścią na doświadczeniach, jakie mieli sposobność poczynić członkowie komisyi prof. Roosce, Burdon Sanderson, Lauder Brunton i prof. Horsley w czasie swego dłuższego pobytu w Paryżu, a częścią na badaniach doświadczalnych, podjętych przez prof. Horsleya po powrocie z Paryża. Te ostatnie badania wykazały w zupełności skuteczność pasteurowskiéj metody ochronnego szczepienia:

1) Jeżeli pies, królik lub inne jakieś zwierzę pokąsanym zostanie przez psa wściekłego i zginie na wściekliznę, to z rdzenia tego zwierzęcia można otrzymać istotę, która przeszczepiona na zdrowe zwierzę, sprowadza zapadnięcie na

wściekliznę zupełnie odpowiadające wściekliźnie sprawionéj przez ukąszenie, lub różni się od niéj tylko co do czasu wylęgania.

2) W ten sposób przez szczepienie przeniesiona wścieklizna daje się przez podobne szczepienie przenieść na cały szereg królików, przyczém spostrzegamy wzmagające się nasilenie cierpienia.

3) Jad jednak rdzenia królika, który zginął ze wścieklizny zaszczepionéj, można stopniowo przez wysuszenie rdzenia tak osłabić, że po wysuszeniu pewną liczbę dni trwającém, można go zastrzyknąć zdrowym królikom lub innym zwierzętom bez niebezpieczeństwa, aby zwierzęta te w skutek tego na wściekliznę zapadły.

4) Zwierzę można zupełnie na pewne od wścieklizny, bez względu na jéj powstanie, czy przez ukąszenie, czy téż w inny sposób, zabezpieczyć przez to, że codzień używać będziemy do szczepienia ochronnego jadu wystawionego przez krótszy czas na wyschnięcie, aniżeli był jad poprzedniego dnia użyty.

5) Dowód skuteczności tak sprowadzonéj ochrony stanowi fakt, że jeżeli przez wściekłe zwierzę pokąsanemi zostały obok przez szczepienie ochronionych zwierząt i zwierzęta nieszczepione, to nie ginie na wściekliznę żadne ze zwierząt pierwszéj kategoryi, gdy z małemi wyjątkami wszystkie zwierzęta drugiéj kategoryi téj chorobie ulegają.

Można zatém uważać za rzecz zupełnie pewną, że Pasteur wynalazł metodę ochronną od wścieklizny, która wytrzymuje porównanie ze szczepieniem krowianki, chroniącém od zarażenia się ospą. Odkrycie to Pasteura ma tak dla życia praktycznego jak i dla patologii ogólnéj nieocenioną wartość. Przedstawia ono nowy rodzaj szczepienia, który według wyrażenia Pasteura będzie może można zastosować do ochrony ludzi i zwierząt domowych od innych silnie działających przyrzutów. Jak długo trwa ochrona sprawiona przez szczepienie, nie można było, rozumie się, dotąd zbadać na pewne, ale od 2 lat, które od zaprowadzenia téj metody upłynęły, nie okazały się żadne ślady, aby istniało czasowe ograniczenie trwania ochrony. Podstawa metody Pasteura jest widoczną z wyżéj przytoczonych doświadczeń.

Mniéj łatwą jest rzeczą oznaczyć skutek téj metody, albowiem z następujących powodów: 1) trudno we wszystkich przypadkach oznaczyć, czy ukąszenie pochodziło od istotnie wściekłego zwierzęcia; 2) prawdopodobieństwo zapadnięcia na wściekliznę u ludzi pokąsanych przez psy wściekłe zależy od liczby i charakteru ukąszeń i zawisło od tego, czy ukąszenie miało miejsce na gołe ciało, czy téż w części ciała pokryte, a szczególnie od stopnia krwawienia; 3) we wszystkich przypadkach doznaje zmiany zarażenie przez rychłą kauteryzacyję lub wycięcie części pokąsanéj jakoteż przez różne wymywania lub inne sposoby leczenia ran; 4) ukąszenia przez zwierzęta różnego rodzaju, a nawet przez psy różnych ras, są w różnym stopniu niebezpiecznemi. I tak znaleziono w jednym szeregu przypadków, iż śmiertelność wśród ludzi przez psy wściekłe pokąsanych wynosiła 5%, a w innym 60%, podania zaś co do śmiertelności po ukąszeniach przez wilki wahają się między 35 a 90%.

Dzięki uprzejmości Pasteura mogła komisyja badać 90 przypadków przez Pasteura leczonych. W téj liczbie było 24 pokąsanych w części niepokryte, przez psy niewątpliwie wściekłe, a w przypadkach tych rany nie były ani kauteryzowane, ani téż leczone w sposób, któryby mógł działanie przyrzutu znieść lub zmienić. Co do 31 przypadków nie było pewności, czy psy, które pokąsały, były istotnie wściekłe. W innych przypadkach pokąsanie nastąpiło przez suknie. Na zasadzie spostrzeżeń, jakie w takich razach zrobiono, możnaby przypuszczać, że z 90 osób pokąsanych zginęłoby przynajmniéj 8 osób na wściekliznę, gdyby ich nie poddano szczepieniu ochronnemu; u żadnego atoli z 90 pokąsanych po szczepieniu ochronném nie dostrzeżono objawów wścieklizny.

Ponieważ Pasteur dla uspokojenia chorych był zmuszonym w niektórych przypadkach, gdzie nie było dostatecznego dowodu, że rany były zarażonemi, podejmować również szczepienie ochronne, to porównywając liczby śmiertelności przy jego postępowaniu z liczbami w nieszczepionych przypadkach należy uwzględniać tylko najniższe procenty śmiertelności, jakie na znacznéj liczbie przypadków nieszczepionych spostrzegano. Za taką najniższą liczbę śmiertelności można przyjąć 5%. Przypuściwszy to, okazałoby się, że ponieważ Pasteur od października 1885 do grudnia 1886 szczepił 2682 osób (pomiędzy temi z Anglii 127) śmiertelność winna była wynosić 130. W rzeczywistości atoli po koniec r. 1886 umarło ogółem 31 osób, pomiędzy temi 7 przez wilki pokąsanych, u których pierwsze objawy wścieklizny już w czasie leczenia wystąpiły. Rzeczywista śmiertelność wahała się więc u szczepionych między 1% a 1·2%, a zatém, lekko licząc, do 100 osób uratowanych zostało. Z 233 osób pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta umarło tylko 4, bez szczepienia zaś byłoby zmarło co najmniéj 40. Ze 186 pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe zwierzęta w głowę lub twarz zmarło tylko 9 osób zamiast 40, a z 48 osób pokąsanych przez niewątpliwie wściekłe wilki umarło tylko 9 zamiast 30. Od końca 1886 r. po marzec 1887 leczył Pasteur 509 osób pokąsanych przez zwierzęta niewątpliwie wściekłe, a z téj liczby zmarły jedynie 2 osoby, z których jedna pokąsaną została przez wściekłego wilka na miesiąc przed rozpoczęciem leczenia i już 3go dnia leczenia zmarła. Komisyja sądzi zatém stanowczo, że przez Pasteura przedsięwzięte szczepienia ochronne przeszkodziły wystąpieniu wścieklizny w znacznéj liczbie przypadków, w których bez szczepienia nastałaby była śmierć z wścieklizny. Odkrycie Pasteura okazuje daléj, że byłoby możliwém i wybuchowi innych także chorób przez szczepienie zapobiedz. Badania Pasteura przyczyniły się téż znacznie do rozszerzenia i rozwoju naszéj wiedzy o patologii wścieklizny i dostarczyły nam pewnego środka, aby rozstrzygnąć, czy zwierzę, które zginęło, podejrzane o wściekliznę, istotnie było wściekłe, czy nie.

W sprawozdaniu poddano daléj rozbiorowi pytanie, czy metoda szczepienia sama przez się może się stać dla zdrowia i życia niebezpieczną i uwydatniono różnicę między szczepieniem zwykłém i wzmocnioném. Zwykła (powolna) metoda jest stanowczo zupełnie wolną od niebezpieczeństwa dla zdrowia; po wzmocnioném atoli szczepieniu, jakie znajduje zastosowanie w szczególnie ciężkich przypadkach, zdarzyły się przypadki śmierci, które możnaby przypisywać raczéj szczepieniu, aniżeli pierwotnemu zarażeniu. Ten ostatni jednak sposób jest w bardzo ciężkich przypadkach względnie skuteczniejszym niż sposób powolny, gdy co do śmiertelności nie zachodzi różnica. Pojedyncze przypadki, pomiędzy niemi jeden w sprawozdaniu obszerniéj omówiony, pozwalają mieć wątpliwości co do przyczyny śmierci.

Przypadek ten dotyczył Anglika Goffi, pokąsanego w londyńskim szpitalu dla zwierząt przez kota wściekłego. Już dnia następnego po wypadku Pasteur rozpoczął leczyć pokąsanego

metodą wzmocnioną, a leczenie trwało 24 dni. W miesiąc po powrocie do Londynu zmarł chory wśród objawów ostrego wstępującego porażenia (porażenie Landryego). Człowiek ten był nałogowym pijakiem i zaziębił się silnie w czasie powrotu. Prof. Horsley, który dokonał sekcyi, dowiódł przez dalsze szczepienie rdzenia ze zmarłego, że przyczyną śmierci była wścieklizna. Nieudowodnioną atoli rzeczą, aby powodem niepomyślnego wyniku tak w tym, jak i w innych podobnych przypadkach leczonych metodą wzmocnioną, nie mogło być pierwotne zarażenie.

Pasteur zmienił zresztą tę metodę, która jedynie w cięższych przypadkach znajduje zastosowanie.

Kończą sprawozdanie niektóre praktyczne wskazówki, które dosłownie podajemy: Przy dokładnym rozbiorze sprawy wścieklizny nasunęło się pytanie, czy możnaby w Anglii wybuchowi wścieklizny tamę położyć? Gdyby się okazało, że skuteczność szczepienia ochronnego jest trwałą, to możnaby przez szczepienie wszystkich psów chorobie przeszkodzić. Nie jest atoli prawdopodobném, aby takie ogólne szczepienie właściciele psów dobrowolnie przyjęli, lub aby im obowiązek szczepienia psów nałożyć można. Wystarczyłyby jednak pewne policyjne przepisy z dostateczną ścisłością zastosowane. Aby one jednak skutek odniosły, byłoby koniecznem: 1) aby można zarządzić w całym kraju zniszczenie wszystkich psów niemających właścicieli; 2) aby utrzymywanie psów podatkami lub innemi urządzeniami było utrudnioném; 3) aby wzbronić wprowadzania psów z okolic, w których wścieklizna panuje; 4) aby w okolicach, w których zdarzają się przypadki wścieklizny, zaprowadzić obowiązek noszenia przez psy kagańców. Liczne przykłady wykazują, że przez zaprowadzenie powyższych zarządzeń można wściekliznę do wygaśnięcia doprowadzić, lub liczbę przypadków znacznie zredukować. Gdyby w ten sposób nie osiągnięto zmniejszenia, to można na pewne przypuścić, że corocznie zdarzy się znaczna liczba przypadków, które wymagać będą zastosowania pasteurowskiego szczepienia ochronnego. Średnia roczna przypadków śmierci na wściekliznę wynosiła w Anglii w ciągu ostatnich 10 lat do 1885 r. 43, w samym Londynie 8·5. Przypuśćmy, że liczba ta odpowiada tylko 5% pokąsanych osób, to należałoby w całéj Anglii poddać corocznie szczepieniu ochronnemu 860 osób, a w Londynie 170; bo nie będzie rzeczą możliwą stwierdzić, kto z pokąsanych nie zapadnie na wściekliznę, a na kauteryzacyję, wycięcie i inne sposoby leczenia całkiem się spuszczać nie można.

Do sprawozdania dołączono jako dodatki: 1) Wyciąg z protokółów doświadczeń prof. Horsleya; 2) Sprawozdanie członków komitetu co do ich studyjów paryskich; 3) Opis metody pasteurowskiéj. *Dr. Grabowski.*

○ Sprawozdaniem Komisyi angielskiéj co do metody ochronnego szczepienia od wścieklizny (którego streszczenie powyżéj podajemy) zajmują się dzienniki lekarskie wszystkich krajów — francuskie, rozumie się, podnoszą z radością znaczenie tego sprawozdania. Jaką, zaś bronią walczą niektórzy przeciwnicy Pasteura, dowodzi następująca okoliczność. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj paryskiéj dnia 21 czerwca r. b. sekretarz przypomniał list przedłożony przez Petera na posiedzeniu dnia 22 lutego rb., a zapowiedziany kilka dni pierwéj przez znanego przeciwnika Pasteura Amorosę. List ten pochodzić miał od prof. Tommasiego, który w nim donosił, że badania przedsięwzięte przez znanego klinicystę Cantaniego w Neapolu wypadły zupełnie na niekorzyść Pasteura. List ten, jak sekretarz na żądanie Tomassiego obecnie stwierdził, był sfałszowanym. Prof. Cantani, który w skutek tych zajść z Akademii w Neapolu wystąpił, po wyjaśnieniu nadużycia jego imienia cofnął swą dymisyję na prośbę pełnego zebrania Akademii, wyrażoną na posiedzeniu publiczném.

○ Towarzystwo lekarzy czeskich w Pradze wystosowało do Ministerstwa spraw wewnętrznych petycyję w sprawie pomnożenia liczby lekarzy powiatowych i podniesienia ich płac. W petycyi podniesiono, że w żadnym z krajów koronnych nie przypada na lekarzy powiatowych tak znaczny okręg i tak znaczna liczba mieszkańców jak w Czechach. Czechy mają 519·42 kw. myriametr. a 5,370.400 mieszkańców; istnieje zaś, wyłączając miasta własne statuty posiadające, tylko 27 okręgów zdrowotnych, tak że na okrąg przypada 19·23 kw. myriametr. a 198.907 mieszkańców (średnia gęstość zaludnienia wynosi na 1 kw. myriametr 10.348 mieszk.). Co do płac i towarzyskiego stanowiska lekarzy powiatowych, to pierwotnie lekarze powiatowi mieli być zaliczeni do IX klasy, ale ustawą z 24 listopada 1876 zaliczono do téj klasy tylko $^{2}/_{5}$ lekarzy powiatowych, a $^{3}/_{5}$ przydzielono do X klasy. Nie odpowiada to stanowisko trudom, jakie lekarz ponosić musi, zanim posadę lekarza powiatowego osiągnie, posada ta nie daje jak inne rządowe widoków awansu a zajęcia urzędowe nie zezwalają na praktykę lekarską, z tego powodu w petycyi wyrażono prośbę o zaliczenie lekarzy do IX klasy dyjet i aby po pewnym szeregu lat nieskazitelnéj służby mogli być zaliczeni do VIII klasy, jak to ma miejsce z profesorami szkół średnich

* W lutym rb. Paryż liczył mieszkańców 2,225.910, Berlin zaś 1,367.391. W jednym tygodniu urodziło się w Paryżu dzieci 1294, w Berlinie zaś 933; umarło w Paryżu 1160, w Berlinie 603. Gdy zatém śmiertelność w obydwóch stolicach jest równa, liczba porodów w Paryżu o połowę jest mniejszą niż w Berlinie.

* L. 33.221. Okólnik ck. Namiestnictwa do wszystkich pp. c. k. Starostów oraz do WP. Prezydenta miasta Lwowa i Krakowa. Zwraca się uwagę Pana na rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 27 maja 1887 l. 3690 ogłoszone właśnie w dzienniku ustaw państwa a dotyczące wydawania chorym homeopatycznych leków rozcieńczonych przez lekarzy i chirurgów posługujących się homeopatyczną metodą.

W celu ścisłego wykonania tego rozporządzenia poleca się Panu:

1. O treści tegoż zawiadomić wszystkich lekarzy, chirurgów i aptekarzy w powiecie (mieście) zamieszkałych, a mianowicie zawiadomić ich należy, że prawo dyspensowania homeopatycznych leków rozcieńczonych mają tylko lekarze i chirurdzy poświęcający się homeopatycznemu leczeniu, t j. ci, którzy posługują się przy leczeniu chorych wyłącznie metodą homeopatyczną a co do dyspenzacyi leków postępują według pierwotnych surowych zasad potęgowanego homeopatycznego rozcieńczania. Nadto należy lekarzy i chirurgów homeopatów zawiadomić, iż obowiązani są potrzebne dla swych apteczek domowych pierwotne nastoje i przetwory wyłącznie tylko z aptek krajowych pobierać a udzielając chorym swych homeopatycznych leków rozcieńczonych winni są dołączać kartkę zaopatrzoną podpisem a wskazującą dokładnie udzielony lek co do stopnia rozcieńczenia lub roztarcia.

2. Sporządzić wykaz lekarzy i chirurgów używających w powiecie (mieście) wyłącznie metody homeopatycznéj, a więc uprawnionych do wydawania chorym rozcieńczonych leków homeopatycznych, którychto lekarzy i chirurgów należy w wykazie służby zdrowia uwidocznić.

3. Ponieważ do aptek domowych należy także wliczać apteczki homeopatyczne lekarzy, przeto polecisz Pan lekarzom powiatowym przy wizytacyjach aptek publicznych i domowych lekarzy przekonywać się, czy postanowienia powołanego rozporządzenia ściśle bywają przestrzegane a o poczynionych swych szczególnych spostrzeżeniach winni są zdać o tém sprawę.

4. Ponieważ także i nielekarze używają bardzo często metody homeopatycznéj do nieprawnego wykonywania praktyki lekarskiéj, należy przeciw tego rodzaju nadużyciom stanowczo występować a to opierając się na postanowieniu kancelaryi nadwornéj z d. 9 grudnia 1846 do, l. gub. 76,284 według któregoto postanowienia przepisy istniejące przeciw nieprawnemu wykonywaniu praktyki lekarskiéj, jakoteż przeciw partactwu lekarskiemu, także i przy użyciu metody homeopatycznéj mają być zastosowane. Przytém się zauważa, że nietylko w sposób zarobkowy wykonywane partactwo lekarskie

podlegające karze według §. 343 ust. karnéj lecz także i nieprawne wykonywanie praktyki lekarskiéj, które od najdawniejszych czasów wielokrotnie zarządzeniami władzy ostro bywało wzbraniane i dotychczas jest zabronione. Przeciw partaczom w powiecie (mieście) zamieszkałym zechciéj Pan przeto z wszelką energiją wystąpić w drodze politycznéj przy zastósowaniu rozporządzenia ministeryjalnego z 30 września 1857 Dz. pp. Nr. 198.

5. Również należy wystąpić przeciw niedozwolonemu sprowadzaniu całkowitych homeopatycznych apteczek domowych przez osoby prywatne, czy to z zagranicy, czy też z kraju, czy też za pośrednictwem lekarzy homeopatów, a to przez odpowiednie zastósowanie odnośnych przepisów. I tak sprowadzenie z zagranicy leków złożonych, a zatém i homeopatycznych apteczek domowych, zabronione jest rozporządzeniem ministeryjalném z 16 lutego 1870 l. 16,785 wszystkim osobom prywatnym, z wyjątkiem aptekarzy bez osobnego zezwolenia krajowéj władzy politycznéj. Aptekarzom zaś nie wolno jest wydawać stronom bez przepisu lekarskiego leków takich, które w farmakopei lub w cenniku aptekarskim krzyżykiem są oznaczone, które wykazem dawek maksymalnych są objęte lub też w ogóle ostro działają. Zechciéj Pan przeto zwrócić uwagę aptekarzy, iż nie wolno im wydawać apteczek homeopatycznych, w których się znajdują silnie działające leki (pierwotne tynktury (*Urtinctur)*, pewne trucizny itd.), nawet bez względu na stopień rozcieńczenia tych leków, również lekarzy homeopatów, iż nie są uprawnieni do dostarczania stronom apteczek homeopatycznych lub do pośredniczenia w nabywaniu tychże, gdyż przyznane im prawo dyspenzowania może się odnosić jedynie do udzielania swym pacyjentom rozcieńczonych leków homeopatycznych. Lwów, dnia 28 czerwca 1887. W zastępstwie *Loebl.*

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w czerwcu roku 1887.

Tyfus brzuszny ustępuje, w czerwcu panował w mieście Lwowie i Krakowie, oraz w 43 miejscowościach 28u powiatów; sprawdzono ogółem 963 chorych, z tych wyzdrowiało 698 czyli 72·4%, umarło 49 czyli 5·1%, pozostało w leczeniu 216, w miesiącu poprzednim było chorych nierównie więcéj 1518, także i śmiertelność była większą 6·2%, a w kwietniu br. było chorych 2028, śmiertelność 7·1%, od dwu zatém miesięcy znaczny spadek chorych i przypadków śmierci. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie żółkiewskim, gdzie w 5 gminach 164 chorych a 8 przypadków śmierci stwierdzono, z końcem czerwca pozostało jeszcze 43 chorych w 4 gminach; także w sąsiednim sokalskim było w 4 miejscowościach 71 chorych, lecz przebieg nader łagodny, tak iż tylko jeden chory umarł, wszyscy inni wyzdrowieli. W mieście Lwowie leczono 116 chorych na tyfus (brzuszny i plamisty razem wykazany), z tych 76 w szpitalu powszechnym, 8 w szpitalu św. Zofii a 5 w szpitalu Sióstr Miłosierdzia, razem przeto 89 w leczeniu szpitalném a tylko 27 w domach prywatnych. W mieście Krakowie leczono w czerwcu 32 chorych, z tego 25 żołnierzy, między którymi znaczna panowała śmiertelność, tak iż 11 czyli 44% żołnierzy zmarło.

Także i tyfus plamisty powoli się zmniejsza. Stwierdzono go w mieście Krakowie i w 52 miejscowościach 27 powiatów u 957 chorych, podczas gdy w maju w 60 miejscowościach 1425 chorych sprawdzono. Z 957 w czerwcu leczonych chorych wyzdrowiało 692 czyli 72·5%, umarło 67 czyli 7%, pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 198 chorych w 20 miejscowościach. Najwięcéj rozszerzonym był tyfus plamisty w powiecie rawskim, gdzie w 9 gminach 271 chorych stwierdzono, z tych wyzdrowiało 184, umarło 18, pozostało w leczeniu 69 w 7 gminach. W powiecie tarnopolskim było w 4 gminach 105 chorych, z tych wyzdrowiało 98, umarło 4, pozostało 3 w jednéj gminie; w powiecie skałackim w 4 gminach 53 chorych, z tych umarło 4, w jednéj gminie pozostało 7 chorych, inni wyzdrowieli. W powiecie horodeńskim w dwu gminach było w czerwcu 126 chorych, z tych wyzdrowiało 85, umarło 6, pozostało 35 w jednéj gminie. W szpitalu inkwizytów c. k. sądu obwodowego w Stanisławowie panował od lutego do końca czerwca tyfus plamisty, zachorowało 55 osób, na stan więźniów 198, z tych umarło 7 czyli 12·7%. Z tego więzienia został tyfus zawleczonym do wsi Kołodziejówki stanisławowskiego powiatu, tam zachorowało 41 osób czyli 5·3% ludności wsi, umarło zaś 6 osób czyli 15% chorych.

Szkarlatyna, która w maju zdawała się przygasać, w czerwcu ponownie wystąpiła dość groźnie, mianowicie stwierdzono ją w mieście Krakowie i w 31 gminach 19 powiatów u 889 osób, z tych wyzdrowiało 482 czyli 54·2%, umarło 116 czyli 18·7%, pozostało w leczeniu 241 osób (z końcem maja tylko 96) w 20 miejscowościach. W powiecie kałuskim szczególnie groźną była szkarlatyna, w trzech bowiem miejscowościach zachorowało 158 osób, z tych umarło 46, t. j. prawie 30% a 1·2% ludności; w powiecie przemyślańskim było w 3 gminach 163 chorych, z tych umarło 16 = 10%, w powiecie czortkowskim w 3 gminach 146 chorych, z tych umarło 27 czyli 18·5%.

Dyfteryja panowała we Lwowie i Krakowie, a nadto w 5 gminach 3 powiatów (przeważnie w rzeszowskim). Z 97 leczonych chorych wyzdrowiało 50 czyli 51·5%, umarło 35 czyli 36·1%, pozostało w leczeniu 12 osób.

Czerwonka zarówno jak w latach poprzednich, tak i w tym roku z nastaniem gorących dni pojawiła się w kraju naszym. Stwierdzono ją w 5 miejscowościach (przeważnie w powiecie dolińskim) z 66 leczonych chorych, wyzdrowiało 16 czyli 24·2%, umarło 9 (między tymi 8 dzieci) czyli 13·6%, pozostało w leczeniu 41 chorych w 4 gminach.

Odrę sprawdzono w 16 miejscowościach w 10 powiatach; z 597 chorych umarło 24 czyli 4%, inni częścią wyzdrowieli, częścią oddano ich opiece domowéj.

Krztusiec sprawdzono w 16 miejscowościach, z 752 chorych umarło 20, inni wyzdrowieli lub zostali powierzeni opiece domowéj.

Ospa panowała w czerwcu w mieście Lwowie i w 83 miejscowościach 28 powiatów. Z końcem maja pozostało 183 szczepionych i 125 nieszczepionych, do tego przybyło w ciągu czerwca 553 szczepionych i 345 nieszczepionych, tak iż ogółem leczono 1206 (w maju tylko 1066). Z tych wyzdrowiało 546 czyli 45·3% szczepionych i 252 czyli 20·9% nieszczepionych, umarło 45 czyli 3·7% szczepionych i 123 czyli 10·2% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 145 szczepionych i 95 nieszczepionych w 23 gminach. Z końcem czerwca widocznem jest zmniejszenie się epidemii ospy. Najwięcéj była ospa rozszerzoną w powiecie myślenickim, gdzie w 8 miejscowościach 305 chorych stwierdzono, z tych umarło 21 szczepionych a 26 nieszczepionych; z końcem miesiąca pozostało w tym powiecie 86 chorych szczepionych a 35 nieszczepionych, razem 121, t. j. połowa chorych w całym kraju z końcem czerwca wykazanych. W tarnopolskim powiecie było w 8 gminach 133 chorych ospowych, z tych umarło 17 nieszczepionych dzieci, a jedno dziecko szczepione i jeden dorosły nieszczepiony. Nierównie więc korzystniejszy stosunek śmiertelności szczepionych do nieszczepionych niż w poprzednio wymienionym powiecie myślenickim. W mieście Lwowie było 9 przypadków ospy, z tych ośmioro dzieci należało do wałęsającéj się bandy cyganów; wszystkie chore dzieci umieszczono w szpitaliku św. Zofii.

Lwów d. 10 lipca 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34.1. Z błonicy i dławca umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 3 (4 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z grużlicy 8 (8 z. t.); z zapalenia płuc 5 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu od 29 maja do 4 czerwca umarło z ospy: w Tarnopolu 4, w Wiedniu 2, w Pradze 2, w Budapeszcie 4, w Tryjeście 4, w Rzymie 7, w Warszawie 8, w Paryżu 13, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło w Pradze 1, w Gdańsku 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 20. Z odry umarło w Wiedniu 29, w Kołomyi 2, w Mnichowie 39, w Rzymie 15, w Paryżu 58, w Londynie 109, w Stokholmie 17, w Petersburgu 16. Z płonicy umarło w Wiedniu 5, w Gracu 5, w Tryjeście 3, w Pradze 4, w Londynie 15. Z dławca i błonicy umarło w Wiedniu 9, w Pradze 4, we Lwowie 2, w Przemyślu 1, w Tarnopolu 1, w Ber-

linie 24, we Wrocławiu 16, w Mnichowie 8, w Paryżu 30, w Londynie 20, w Kopenhadze 17. Z krztuśca umarło w Wiedniu 2, w Londynie 75.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 maja do 4 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,5; we Lwowie 25,7; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 46,1; w Przemyślu 32,9; w Tarnopolu 32,6; w Tarnowie 36,5; w Czerniowcach 21,0; w Wiedniu 31,9; w Salcburgu 34,9; w Gracu 38,2; w Tryjeście 26,5; w Insbruku 35,1; w Pradze 38,3; w Bernie 38,1; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 44,6; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 18,9; w Gdańsku 25,5; w Dreźnie 20,7; w Hamburgu 21,7; w Kolonii 24,3; w Lipsku 26,4; w Mnichowie 38,2; w Poznaniu 28,6; w Warszawie 22,1; w Strasburgu 20,0; w Amsterdamie 20,7; w Brukseli 26,1; w Budapeszcie 28,1; w Chrystyjanii 19,0; w Kopenhadze 23,7; w Londynie 17,9; w Odesie 21,9; w Paryżu 24,5; w Petersburgu 28,2; w Rzymie 27,9; w Stokholmie 24,0; w Wenecyi 21,2. *J. B.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,6. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z dławca i błonicy 3 (4 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (5 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gruźlicy 5 (8 z. t.); z zapalenia płuc 7 (3 z. t.); z zapalenia jelit 2 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 4 płonicy, 3 krztuśca, 1 duru osutkowego i 2 róży. W tygodniu od 12—18 czerwca umarło z ospy: w Czerniowcach 1, w Wiedniu i Budapeszcie po 1, w Pradze 11, w Tryjeście 3, w Rzymie 4, w Paryżu 13, w Warszawie 12, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Londynie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 38, w Petersburgu 11. Z odry umarło w Wiedniu 18, w Kołomyi 1, we Wrocławiu 7, w Mnichowie 41, w Rzymie 22, w Paryżu 48, w Londynie 113, w Stokholmie 28, w Petersburgu 12. Z płonicy umarło w w Wiedniu 10, w Petersburgu 13, w Opawie 1, w Stanisławowie 1. Z dławca i błonicy umarło w Wiedniu 7, we Lwowie i Tarnowie po 1; w Berlinie 22, w Paryżu 28, w Londynie 25. Z krztuśca umarło w Wiedniu 2, w Pradze 2, we Lwowie 2, w Przemyślu 1, w Stanisławowie 1, w Paryżu 10, w Londynie 66, w Petersburgu 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,5; we Lwowie 36,2; w Brodach 27,9; w Drohobyczu 21,9; w Kołomyi 38,1; w Przemyślu 37,0; w Stanisławowie 35,1; w Tarnopolu 21,7; w Tarnowie 22,3; w Czerniowcach 22,0; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 24,1; w Wiedniu 31,3; w Salcburgu 9,7; w Gracu 27,8; w Tryjeście 22,8; w Insbruku 30,4; w Pradze 36,5; w Bernie 35,7; w Ołomuńcu 20,4; w Opawie 29,9; w Berlinie 22,0; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 23,2; w Dreźnie 20,9; w Hamburgu 22,8; w Kolonii 29,0; w Lipsku 20,0; w Mnichowie 37,5; w Strasburgu 20,0; w Brukseli 26,1; w Budapeszcie 31,5; w Chrystyjanii 22,9; w Kopenhadze 24,7; w Londynie 17,2; w Odesie 33,5; w Paryżu 23,2; w Petersburgu 27,4; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 25,9; w Wenecyi 22,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lipca. Postanowieniem z d. 2 bm. N. Pan zamianował Dra Ludwika Rydygiera z Chełmna zwyczajnym profesorem chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Nowomianowany prof. Rydygier bawi od kilku dni w naszém mieście, wezwany przez dziekana celem rozpatrywania się w planach budować się mającéj kliniki chirurgicznéj.

* Na posiedzeniu w d. 8 bm. odbytém Wydział lekarski zamianował Dra Józefa Surzyckiego pierwszym, a Dra Mikołaja Buzdygana drugim asystentem przy klinice lekarskiéj, Dra Albina Schwarza zaś asystentem przy klinice chorób skórnych i kiłowych, wszystkich na 2 lata.

* Piszą nam z Pragi czeskiéj d. 9 lipca: Dziś przed południem odbył się wykład habilitacyjny Dra Obrzuta przed licznie zebraném gronem profesorów Wydziału lek. czeskiego i uczniów. Prelegent mówił o „zapaleniu płuc serowatém“ i demonstrował odpowiednie preparaty mikroskopowe.

* Z Karlsbadu donosi nam docent Jaworski, że nazwa nowéj soli karlsbadzkiéj (*Karlsbader Quellsalz*) zostaje w bieżącym roku zmienioną na nazwę: *Natürliches Karlsbader Sprudelsalz pulverförmig*. Opakowanie, które pierwéj miało miejsce w słoikach okrągłych, zostało zmienione na słoiki czworoboczne zawierające 125 gramów téj soli. Nowy ten przetwór sprudlowy „w proszku“ jednak i obecnie zupełnie tak samo otrzymuje się z wody sprudlowéj, jak i dotychczas *Quellsalz*, przedstawia ten sam stosunek ilościowy wszystkich składników we wodzie rozpuszczalnych, co woda sprudlowa i to samo zachowanie pod względem klinicznym, jakie wykazał doc. Jaworski w pracy ogłoszonéj 1884 w *Przeglądzie* dla *Quellsalz*. Nie należy przeto ten przetwór uważać jako dawną sól sprudlową sproszkowaną, która również jeszcze dotąd w podobném opakowaniu pod nazwą *Natürliches karlsbader Sprudelsalz krystallisirt* w handlu istnieje, a jest prawie tylko czystą wodą glauberską. Zamiarem zarządu miejskiego jest jednak tę krystaliczną sól powoli z handlu usunąć, a tylko sól w proszku nadal pozostawić, która z powodu swego składu rzeczywiście na miano *Natürliches karlsbader Sprudelsalz pulverförmig* zasługuje.

* W Krynicy bawiło dotąd gości 1079, w Iwoniczu 594, w Żegiestowie 192, w Szczawnicy 641, w Cieplicach czeskich 3786, w Gainfarn 726.

* **Berlin**. Rozporządzeniem królewskiém z d. 29 czerwca rb. oba zakłady weterynarskie królestwa (w Berlinie i Hanowerze) zamienione zostały w uniwersytety. Pierwszym rektorem wszechnicy weterynarskiéj berlińskiéj mianowany został na 3 lata prof. anatomii Müller. Wszechnica ta, istniejąca od r. 1790, liczy obecnie 9 profesorów zwyczajnych, 1 nauczyciela pomocniczego, 1 prosektora, 2 repetytorów i 5 asystentów, uczniów jest 150.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Berno szwajcarskie**. Dr. Brühl habilitował się jako docent ginekologii. — **Marburg**. Prof. Gasser z Berna powołany został na katedrę anatomii opisowéj. — **Praga czeska**. Dziekanem Wydziału lek. niemieckiego wybrany prof. Knoll. — **Insbruk**. Rektorem uniwersytetu wybrany prof. chirurgii Nicoladoni, dziekanem wydziału lek. prof. Rokitansky.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Ignacy Porębowicz z Sosnowca w Król. Polskiém i Stefan Schöngut rodem z Bochni.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Matlakowskiego: Wycięcie odbytnicy przy jéj wypadnięciu, oraz rzadki przypadek brodawczaka; Herynga: O chirurgiczném leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.); Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 28: Kaczorowskiego: Przyczynek do leczenia morfinizmu; Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (dok.).

Redakcyja otrzymała:

S. MEYERSON: Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. (Odbitka z *Medycyny* 1887), in 8vo, str. 8.

Dr. O. BUJWID: Pięć odczytów o bakteryjach. Warszawa 1887, in 8vo, str. 45.

Piśmiennictwo lekarskie

BILLROTH u. v. WINIWARTER, Die allgemeine chirurgische Pathologie u. Therapie. 13. Aufl gr. 8. M. Holzschn. Berlin, G. Reimer. M. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.